جامعة الجزائر -2-

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و التربية و الأرطوفونيا

تخصص علم النفس العمل و التنظيم

الموضوع

الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزواجي لدى أطباء و ممرضي الصحة العمومية

دراسة ميدانية في ثلاث مستشفيات جامعية بالجزائر العاصمة

مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل والتنظيم

إعداد الطالب

جديات عبد الحميد

إشراف الدكتور

بوطاف مسعود

السنة الدراسية

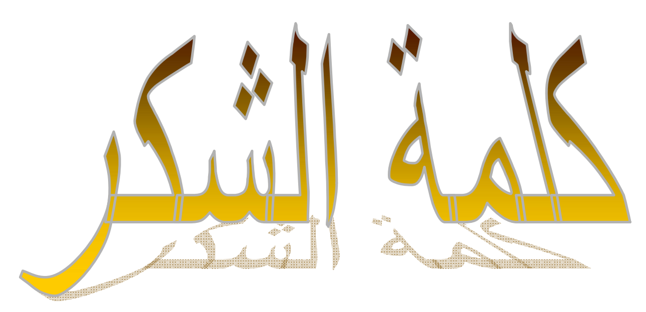
2012/2011



﴿ ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها وجعل بينكم

مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون ﴾

سورة الروم – آية **21**



الحمد لله الذي يسر لي إتمام هذا العمل

أتقدم بجزيل الشكر و التقدير

إلى أستاذي المشرف الدكتور

" بوطاف مسعود " الذي لم يبخل علي بإرشاداته

و نصائحه القيمة، كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من

ساعدني في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو من بعيد

و أخص بالذكر الدكتور

MARCEL LOUREL, université de Rouen, France

كما أتقدم بجزيل الشكر أيضا للأساتذة

المناقشين الذين قبلوا مناقشة هذا البحث

شكرا جزيلا للجميع



أهدي ثمرة جهدي المتواضع

إلى أعز الأشخاص لي، روح أبي الطاهرة

رمز النبل والعطاء أسأل الله تعالى أن يجعل هذا العمل

صدقة جارية تكتب في سجل حسناته رحمه الله تعالى، و

أمي الحنون أطال الله في عمرها و زوجتي الفاضلة التي

أمدتني بالمساعدة و شجعتني على الدراسة و الاستمرار

في العمل و الجهد، و إلى كل العائلة وبالأخص البرعوم

سفيان و إلى إخواني الأطباء و الممرضين الخالصين في

مستشفيات العاصمة ، أعانهم الله.

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

فهرس الملاحق

مقدمة البحث:

كانت و لا زالت مهنة الطب من أهم المهن الاجتماعية لما تشمله من المزايا و الفضائل الإنسانية، و ما تجمعه من علم و فن و مهارة، و ما تقدمه من خدمة للمجتمعات الإنسانية، و ما تتطلب من تضحية و محبة و حنان، فالممرضة مثلا ملاك الرحمة و رسول الإنسانية، تحن على المريض و تواسي المعذب، و تضمد الجراح و تعطي من نفسها لتسعد غيرها.

كما أن مهنة الطب من المهن التي تقوم على العلاقات الاجتماعية و مساعدة الآخرين و التعامل معهم و إنقاذ حياتهم و غالباً ما يتميز ممتهنوها بالالتزام و الإخلاص، فالفرد من هؤلاء، بالإضافة لظروف العمل الضاغطة يقع تحت ضغط داخلي للعطاء و في الوقت نفسه يواجه ظروف المتغيرات الخارجة عن إرادته و تحكمه تقلل من فعاليته في القيام بعمله بالصورة التي تعكس دافعه الشخصي (علي عسكر ، 2000).

ومن الممكن أن يؤدي استمرار الضغوط إلى استجابة انفعالية حادة و مستمرة و مضاعفات صحية، جسمية، نفسية و سلوكية كالتعب الشديد و التوتر النفسي و القلق إلى أقصى الحدود ، و في غياب الدعم الاجتماعي الأسري فقد يصاب الفرد بانهيار عصبي وإجهاد نفسجسماني يجعل الفرد ينحرف لا محال عن أداء دوره المهني و الاجتماعي كالمعتاد، عن طريق تدني كفاءته المهنية التي تتجلى في عدم دقة التشخيص و منه اختلال السيرورة العلاجية ككل بالإضافة إلى أخطاء طبية و جراحية قد تودي بحياة المريض، بل تتعدى الآثار الجانب المهني حيث تختل علاقات الفرد الاجتماعية و منه الأسرية و حتى الزوجية، فكل هذه الحلقة الجهنمية التي يقع فريستها محترفي الصحة سماها العلماء "الإنهاك النفسي" Psychological Burnout ، مع العلم أن تأثير هذه الضغوط يتوقف على طبيعة الشخصية، و ما تتصف به من قدرة على تحمل الإحباط أو المرونة و مستوى التفاؤل، كما أنها تمس بالدرجة الأولى العمال اللذين لديهم مستوى عالي من حيث الإلتزام الإنجازي Engagement Professionnel و العطاء و الشغف للمهنة (عبد الستار ابراهيم ، 2002).

و يعرف هذا الأخير (الإنهاك النفسي) على أنه علاقة تبادلية بين الفرد و محيطه، و الذي يقيمه العامل على أنه يستنفذ أو يتجاوز طاقاته و يهدد كيانه، و لمواجهة هذه الضغوط المدركة، يقوم الفرد بتنشيط

مجموعة من الآليات الخاصة (أفكار، أفعال) لتسيير سوء التوافق المدرك، و هذا وفق سياقات خاصة تسمى باستراتيجيات إعادة التوازن و التكيف و إذا لم تنجح هذه الاستراتيجيات في التحكم أو الحد من شدة الضغط تظهر لدى الفرد أعراض سوء التكيف، حيث يمكن إدراج الاحتراق النفسي في هذا المستوى؛ أي بمعنى أنه يشكل إحدى النتائج السلبية لسوء التكيف الناتج عن سوء تسيير الوضعية الضاغطة (Lazarus et 1984 Folkman).

أما ماسلاش (maslach1982) فقد عرفت الإنهاك المهني بأنه : « مجموعة أعراض، تتمثل في الإجهاد العصبي واستنفاذ الطاقة الانفعالية والتجرد من النواحي الشخصية، والإحساس بعدم الرضا عن الانجاز في المجال المهني، والتي يمكن أن تحدث لدى الأشخاص الذين يؤدون نوعا من الإعمال التي تقتضي التعامل المباشر مع الناس» و ذلك ما ينطبق تماما على المهن الاجتماعية عامة و بالدرجة الأولى مهنة الطب.

و ما يؤكد ذلك نتائج الإحصائيات و الدراسات العالمية حول الموضوع و منها دراسة تم نشرها في مجلة منظمة أطباء بلجيكا سنة 2000 أكدت أن 37 % من الأطباء في بلجيكا يعانون من الإنهاك المهني (عن جلولي شتوحي نسيمة)، و أكدت دراسة (G.standart) سنة 1999 أن 60% من الممرضات في المستشفيات العمومية في انجلترا منهكين نفسيا (www.stressburnout.org) .

كما يعاني ما يقارب 41 % من ممارسوا الصحة العمومية الفرنسية من الإنهاك المهني، (Quotidien du médecin, 28 juin 2007).

و في المغرب قام ثلاث أطباء مختصين في أمراض الأعصاب بدراسة قوامها 1169 ممارس في الصحة العمومية و أكدت النتائج التفشي الواسع للإنهاك النفسي على مجتمع العينة(JacinthePerruchoud 2008).

كما توصلت دراسات جزائرية إلى إثبات التأثير السلبي للإنهاك النفسي على ممارسين الصحة في المستشفيات العمومية كدراسة (جلولي شتوحي نسيمة 2003) و دراسة (حاتم وهيبة 2005).

فالصورة التي يحتفظ بها أغلب الناس عن المستشفى هي الاكتظاظ وكثرة المرضى و الجهد الكبير الذي يبذله الأطباء و الممرضين لتقديم خدمات علاجية نوعية تراعي المتطلبات الأخلاقية للمعاملة

الإنسانية، رغم الإرغامات التنظيمية و المهنية و الاجتماعية و ضغوط العمل التي يعاني منها محترفي الصحة كساعات العمل الطويلة التي قد تصل إلى 36 ساعة في حالات المناوبة، و عمل الليل و ضعف الراتب مقارنتا مع وتيرة العمل الجد عالية و إرغامات الأخطاء المهنية حيث في ميدان الصحة الخطأ قد يودي بحيات المريض و ما قد يترتب عن ذلك من ضغوط و إحباط و توتر نفسي للطبيب أو الممرض بالإضافة إلى العقاب المعنوي من طرف المجتمع و خاصة من طرف أسرة المريض الذين يلومون الطبيب أو الممرض على ذلك الخطأ و كذا العقاب المادي كالمتابعات القضائية التي قد تؤدي إلى المنع من الممارسة و حتى إلى السجن.

و ما يؤيد ما سبق نتائج دراسة (fahrenkopf et sectish et al 2008) حول علاقة الأخطاء المهنية بالإنهاك المهني حيث أكدت الدراسة أن 75 % من الأخطاء المهنية ارتكبت من طرف أطباء و جراحون منهكون نفسيا ، كما صرح السيد بقاط بركاني ، رئيس المجلس الوطني للأطباء بالجزائر لجريدة يومية وهران أنه تم تسجيل 500 ألف شكوى بسبب الأخطاء الطبية بينما 50 طبيب تم سجنهم بتهمة خطأ طبي أدى بموت المريض(www.algerie-dz.com) .

و لا يخفى عنا أن الحياة المهنية لمحترفي الصحة العمومية تقترن يوميا بالحزن و الموت و الألم بما قد يترتب عن ذلك من عبئ نفسي و عاطفي الذي قد يحملونه حتى خارج الحياة المهنية أي يؤثر عليهم سلبا في علاقاتهم العائلية و حتى الزوجية ، فتراكم العوامل السابقة و دوامها يترتب عنها حتما آثار سلبية على محترفي الصحة قد تتراوح من التعب الشديد و التوتر النفسي و القلق إلى أقصى الحدود ألا و هو الإنهاك النفسي، الذي يظهر على شكل انهيار عصبي و الإحساس بالإجهاد و القلق اليومي بالإضافة إلى أعراض أخرى نفسية و جسدية .

فالطبيب (ة) أو الممرض (ة) بطبعه كائن اجتماعي، مطالب بأداء دوره وواجباته اتجاه المهنة من جهة، واتجاه الأسرة ومنه اتجاه الزوجة أو الزوج من جهة أخرى، عن طريق تحقيق التوافق والتكيف بين الجهتين و كل ذلك متوقف على تحقيق التوافق بالدرجة الأولى في الحياة الأسرية التي تعتبر النواة الأولى

لأي بناء اجتماعي كان، كما أنها مصدر استقرار و تجديد الطاقات النفسية و الجسمية ، و لن يكون ذلك إلا إذا حقق الفرد التوافق الزواجي Marital adjustment.

حيث يعتبر الزواج الحجر الأساس الذي تبنى عليه الأسرة، فإذا سلم العلاقة الزوجية سلمت الأسرة و منه المجتمع ككل.كما يعتبر التوافق الزواجي من الموضوعات الحيوية لأنه يتصل ويشمل العلاقة بين الرجل والمرأة ، أي الزوج والزوجة بل يمتد للأبناء ، ولا يخفى علينا أن الأسرة هي نواة المجتمع ، وبذلك فبقدر وجود التوافق الزواجي في أسر المجتمع بقدر قوة هذا الأخير وصلابته وزيادة إنتاجه ، فمما لا شك فيه أنه قد يضيف نوعاً من الاستقرار النفسي على جميع أعضاء الأسرة متمثلاً في العلاقة الإيجابية بين الزوجين ، وكذلك بين الأبناء والوالدين ... مما ينعكس إيجابيا على أداء كل منهم لوظائفه المختلفة بشكل صحيح.

و لعل من أهم العوامل النفسية لتحقيق التوافق الزواجي تكمن في تبادل الأفكار، تقدير الذات، مواجهة المشكلات بطريقة بناءة، المعاملة السوية، التصريح و تبادل المشاعر... (بلميهوب كلثوم 2004)

ولهذا فإن الممارسين المنهكين نفسيا في العمل لن يتمكنوا من تحقيق شروط التوافق الزواجي و ذلك لتعارض أعراض الإنهاك النفسي مع عوامل تحقيق التوافق الزواجي، و يترتب على حالتهم سوء الاتصال بالمحيطين بهم و من أهمهم الأزواج، حيث أشارت مجدة أحمد، ورزق ليله (1995) إلى أن ما تتعرض له الزوجة العاملة من إنهاك نفسي يعتبر معوقات تؤثر على التواصل، ودرجة التفاهم التي تسود العلاقة الزوجية، بل يعرقل قيام العلاقة الزوجية بشكل صحيح.

وإذا نظرنا للممرض أو الطبيب مثلا فنجده عضواً في الأسرة وتقع عليه أعباء ومسؤوليات أخرى مثل رعاية الأطفال و توفير المتطلبات المادية و رعاية الحقوق الزوجية الخ...، فقد أشار كمال مرسي (1998) إلي أنه يجب أن يسهم كل من الزوجين في أداء مثل تلك المسؤوليات بدرجات مختلفة، و بناء علية فان التفاعل الزواجي يتأثر بكفاءة كل من الزوجين في أداء هذه الأدوار.

فالإنسان الذي يعاني من الاضطرابات الناتجة عن الإنهاك المهني كالبلادة الفكرية، الوسوسة وكثرة الشك والعند، عدم القدرة على مواجهة المشكلات بكفاءة، الإحباط والقلق أمام الأزمات، وكثرة الغضب ،سرعة

البكاء والانفعال الزائد فقدان الاهتمام بالآخرين، والكآبة البلادة العاطفية والإجهاد الانفعالي بالإضافة إلى الصداع المستمر، اضطرابات النوم، الضعف الجنسي، يصعب عليه تحقيق التوافق الزواجي الذي يشترط فيه النجاح والكفاءة في العمل ،المساندة الاجتماعية، التعبير عن انفعالاته ومشاعره، إشباع حاجات الزواج من تفاعل وتواصل والتعاون بين الزوجين في أداء الأدوار الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة ، والراحة النفسية والسلوك الاجتماعي المقبول و الإشباع الجنسي.

و مما سبق يمكن أن نفترض أن الشخص المنهك نفسيا لا يمكنه تحقيق التوافق الزواجي كما أن هذا الأخير يعتبر مصدرا للإنهاك النفسي أي توجد علاقة تفاعل متبادلة أي كل متغير يؤثر في الآخر و هذا ما تأكده بعض الدراسات الأجنبية ومنها (Lourel marcel et ewrzyniak gana2005) (LIEK L ET AL 2008)

و من جانب الدراسات العربية لم نجد إلا دراسة واحدة (في حدود علم الطالب) لحسام محمود زكي علي(2008) التي أكدت أن المعلمين الذين يعانون من الإنهاك المهني غير متوافقون زوجيا .

استنادا بالدراسات السابقة الذكر، ستحاول الدراسة الحالية إثبات أو نفي العلاقة بين المتغيرين عن طريق دراسة الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزواجي لدى عينة من الأطباء و الممرضين بثلاث مستشفيات بالعاصمة، ولأجل بلوغ أهداف بحثنا قمنا بتقسيم البحث إلى قسمين، ضم الأول أربعة فصول متكاملة و مترابطة بداية بالإطار النظري لمشكلة الدراسة كأول فصل في الجانب النظري، أما الفصل الثاني فقد تطرقنا من خلاله إلى عرض نظرة وصفية لميدان البحث (المستشفى) و خصائص ممارسيه، كما خصص الفصل الثالث والرابع الذي من خلالهما تم عرض نظري لمتغيرات البحث أي الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي، و قد انتظمت الأجزاء الباقية من هذه الدراسة تحت عنوان الجانب التطبيقي، إذ من خلاله تم عرض الإطار المنهجي للدراسة و في الفصل السادس تم عرض نتائج التحليل الإحصائي للبيانات، أما في الفصل السابع و الأخير فنجد تحليلا و مناقشة لتلك النتائج الإحصائية.

الفصل الأول
الإطار النظري لإشكالية البحث

تمهيد :

يتناول هذا الفصل الإطار النظري لإشكالية البحث كمدخل رئيسي في البحث يتم من خلاله التعرف على إشكالية الدراسة، وتحديد فرضيات البحث و التي تعتبر إجابات مؤقتة للأسئلة المتعلقة بعلاقة الإنهاك النفسي و أبعاده الثلاثة (الإنهاك الانفعالي، تبلد المشاعر ونقص الشعور بالانجاز المهني) بالتوافق الزواجي، كما تم تحديد أهمية وأهداف البحث مع ضبط مفاهيمه نظريا و إجرائيا و قد ضمنا هذا الفصل الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات البحث، حيث تعد الدراسات السابقة عنصرا مهما لخلفية أي دراسة و إطارها النظري.

1-1 الإشكالية :

يعد الإنهاك النفسي « Burnout » ظاهرة خطيرة قد يمتد أثرها إلي أغلب سلوكيات محترفي الصحة العمومية حيث لها مجموعة من الآثار السلبية التي قد تصيب الفرد مما يترتب عليها من تدهور نوعية الخدمات والعلاج وكذا التشخيص والانسحاب من العمل و قلة الالتزام، بل من الحياة كلها فيتقاعد الممارس مبكرا، وحتى إن استمر في عمله فيكون روتينيا جدا، ويقل اهتمامه بالبعد الإنساني فيصبح جاف وعدواني في تعامله مع الغير في محيط العمل بل تمتد الآثار لباقي مجالات الحياة الاجتماعية و حتى إلى محيط الأسرة.

وتؤكد الدراسات، في هذا المجال من البحث، على انتشار الإنهاك النفسي بين مهني المصالح الطبية خاصة منهم الممرضين والأطباء، وتكشف الأعداد المتزايدة من الكتابات حول الممارسة الطبية و إنهاك المعالجين أن من بين هؤلاء الذين تتمثل مهنتهم في تقديم المساعدة فإن الأطباء الإستشفائيين هم الفئة الأكثر تعرضا للضغط المزمن أو الإنهاك النفسي (Bowman & Allen , 1985 ; Gerber , 1983 ; Hawk & Scott 1986).

ولغرض تقدير هذه المعاناة قام كل من (بوقروط و آخرون Boukortt & al 2004) بدراسة عرضية شارك فيها 233 طبيب و 244 ممرض يعملون في 05 مستشفيات من منطقة الجزائر الوسطى، و توصلت الدراسة إلى أن عوامل الخطر المؤدية إلى المعاناة النفسية لدى عينة البحث من خلال الاستبيان هي: الجنس (الإناث)، مكان العمل(وحدات العناية المكثفة)، (السن : ما بين 30 سنة إلى 44 سنة)، و قد قدرت المعاناة النفس اجتماعية ب23.4 % عند الممرضين و47.2 % عند الأطباء، إلا أن هذه المعاناة ظهرت أكثر عند الأطباء و الممرضين العاملين بمستشفيات باب الوادي و بني مسوس كما برزت علامات الحصر بقوة حيث كانت تفوق 70 % عند الممرضين و تزيد عن 57% عند الأطباء وهي تصيب النساء أكثر ما تصيب الرجال، فضلا عن هذا فقد انتهت الدّراسة إلى وجود تعبير نفس جسماني عن المعاناة النفسية عند 80 % من المهنيين والذي يكون أكثر عند النساء و عند الممرضين.

لعل الحركات الاحتجاجية المتكررة و الإضرابات المفتوحة التي قام بها الأطباء خلال السنوات الماضية دليل على رفضهم لواقعهم المهني المعاش و سعياً منهم لتوفير ظروف و أحوال عمل أحسن، و إعادة النظر في سياسة الأجور التي لا تحفز محترفي الصحة بل تدفعهم إلى الهجرة نحو دور أوروبية، و هذا ما دفع بالجهات الوصية إلى الاهتمام أكثر بالصحة العقلية لمهني القطاع الصحي من أطباء و ممرضات و غيرهم و الدليل على هذا التعليمة الوزارية رقم 18 المؤرخة بتاريخ 27 أكتوبر 2002 ، التي جاء فيها ما يلي: "غالبًا ما يواجه مهني الصحة خاصة عاملين في المصالح الاستعجالية و مصالح العناية المركزة ، وضعيات قصوى في كفاحهم الدائم ضد معاناة المرضى الذين يتكفلون بهم ، فهم يخضعون للعبء الكمي للمهنة لكن أيضًا لأعباء فكرية و انفعالية تتزايد في المصالح ذات النشاط المكثف نظرًا للضغوط التنظيمية و العلائقية، أو تلك المرتبطة بمعاشهم المهني أين يمتزج عدم الرضا ، نقص المشاركة في اتخاذ القرارات...إلخ" (Instruction ministérielle N°18 , 2002)،قد ينجر عن كل هذه الإرغامات معاناة نفسية خصوصًا لما تكون ظروف العمل غير ملائمة فتؤدي إلى ضغط المهنة و تظاهرته القصوى الإنهاك النفسي"Burn out".

كما قد يمثل الإنهاك النفسي أعلى مستويات الضغوط النفسية، ومن ثم فإنه قد يؤثر على علاقات الفرد المختلفة بما في ذلك علاقات الفرد الاجتماعية وتفاعلاته مع زملائه في العمل، والأصدقاء، بل قد يمتد الأثر إلي الأسرة بمن فيها، إضافة إلى أن الإنهاك النفسي قد يفقد الفرد التواصل الوجداني مع الآخرين مما قد يكون سببًا في اضطراب العلاقة الزوجية بل اضطراب الصحة النفسية للفرد، ومما يؤيد ذلك ما أشارتْ إليه نادية الشرنوبي (2001) حيث ذكرتْ أن الإنهاك النفسي يعد اضطرابا استجابيًا للضغوط التي يتعرض لها الممرض، مما يجعله يؤثر سلبًا في حياته بل حتى على المرضى الذين يعاملهم من حيث سوء و قساوة المعاملة.

بل إن الأمر أكثر من ذلك حيث أشار لانجلي (Langle2003) إلى أن الإنهاك النفسي يؤدي إلى مجموعة من الأعراض النفسية الأخرى والتي منها القلق، وعدم الاتزان النفسي بل إنه في أقصى الحالات قد يؤدي للانتحار.

فعواقب الانهاك النفسي على ممارسو الصحة العمومية قد يكون له عواقب سلبية على نوعية العلاج العلائقية و التقنية (1982 Mc Cue) و هذا عن طريق ميكانزمين هما:

– اضطرابات المزاج Les perturbations d'humeur: و هي نتيجة مباشرة للإنهاك الانفعالي، و يظهر على شكل اكتئاب و تدهور العلاقات البين – شخصية مع الزملاء و خصوصاً مع المرضى.

– الاضطرابات المعرفية Les perturbations cognitives: تصاحب الاكتئاب و تتميز بالصعوبة في التركيز، انخفاض التحفز على مواصلة المهام الروتينية و نقص الإحساس بحاجات المريض؛ و يؤثر الإنهاك

الانفعالي في العلاقة بالغير من خلال عدم التجند الذي قد يؤثر في الوقت نفسه على رضا المرضى (نوعية العلاقة البين فردية) و النوعية التقنية للعناية (Firth-Cozens , 1993).

و قد يكون للإنهاك المهني عواقب أخرى كالإدمان، حيث تتفق أغلب الدراسات الوبائية على أن الأطباء من أكبر المستهلكين للأدوية و العقاقير مقارنة بالمجتمع العام، و تعتبر المادة الأكثر استهلاكاً هي الكحول وقد اهتمت دراسة أمريكية بالمواد المستهلكة عند 3000 طبيب خلال السنة الثالثة لممارستهم حيث كشفت عن ما يلي:

الجدول رقم (01) النسب المئوية للمواد المستهلكة من طرف الأطباء

المادة	نسبة الاستهلاك
الكحول	% 93
المريخوانا	% 17
السجائر	% 12
البترودیازیبین	% 10
الكوكايين	% 5.4
المنشطات	% 1.5
الهيروين	% 0.1

(Hughes & al , 1991 ; Domenighetti & al , 1991)

و يظهر من خلال دراسات أمريكية اختلافات في نسبة استهلاك المواد و هذا حسب التخصص حيث سجلت أعلى نسب الإدمان عند الأطباء العقليين و أطباء الاستعجالات و عند الجراحين، (1999 Mc Auliffe & al , 1986 ; Hughes & al).

كما انصب اهتمام دراسات أخرى كدراسة (2000 Weinberg & Creed) على الصحة العقلية (القلق، الإكتئاب و الإنتحار) عند الأطباء حيث تتراوح نسبة المرض العقلي عندهم ما بين 21 % إلى 28 % ، و يصيب الإكتئاب حوالي 50 % من الأطباء في حين تقدر النسبة في المجتمع العام ب 26 %.

و اهتمت دراسات عديدة بنسبة الانتحار عند الأطباء كدراسة (1996 Ramirez & al) التي أقيمت في فلندا حيث توصلت إلى أن التفكير في الانتحار يكون أعلى عند الطبيبات عنه عند الأطباء، ويشير Murray إلى أن خطر الإدمان على المخدرات و الكحول يكون أعلى لدى الأطباء الشبان بينما يحدق خطر الإصابة بالإكتئاب و كذلك الإنتحار بالأطباء الأكبر سناً ،(Murray 1983).

و قد درس Murray حالات الدخول إلى مستشفى الأمراض العقلية للأطباء الرجال الذين يفوق سنهم 25 سنة مقارنة بآخرين لا ينتمون إلى السلك الطبي و من نفس الطبقة الاجتماعية و قد لاحظ أن عدد حالات الدخول عند الأطباء كانت تقدر ب 449 مقارنة ب 205 من غير الأطباء و هذا بالنسبة لمجتمع من

100000 فرد ، فيما يخص نسبة الانتحار الملاحظة عند الأطباء و غير الأطباء بالنسبة لنفس المجتمع و ذلك خلال سنة ، فإنه يلاحظ ما يلي :

الجدول رقم (02) مقارنة فئة الأطباء بالمهن الأخرى في مستوى تفشي ظاهرة الانتحار

	عدد حالات الإنتحار عند الأطباء	عدد حالات الإنتحار عند غير الأطباء
25-34 سنة	20	20
35-44 سنة	34	29
45-54 سنة	119	44
55-64 سنة	129	54
أكثر من 65 سنة	247	71

.(Murray , 1983)

والإنهاك النفسي يؤثر في الروح المعنوية للفرد فيجعلها منخفضة، بل يساعد في ظهور بعض الاضطرابات البدنية، وقد يمتد أثره للمنزل فيكون سبباً في الأزمات الزوجية والصراعات الأسرية.

(خضر مخيمر 2002)

فالتأثير السلبي للإنهاك النفسي على ممارسي الصحة العمومية أصبح أمر مفروغ منه و معترف به عالميا حيث صنفته منظمة الصحة العالمية والمنتدى الأوروبي للجمعيات الطبية في عام 2003 على أنّه مرض إجهاد في الحيوية ، لكن هذا التأثير السلبي للإنهاك النفسي لن يتوقف بانتهاء ساعات العمل، بل من المعقول أن تستمر العدوى لتشمل كل نواحي الحياة الاجتماعية والأسرية للمصاب وخاصة منها الزوجية (www.who.int/fr) .

فالأسرة عماد المجتمع البشري، وأساس الاستقرار النفسي للإنسان المسلم حيث يعد الزواج هو الأساس الذي تقوم عليه الأسرة ، واللبنة التي يقوم عليها المجتمع قال تعالى { وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُم مِّنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِّتَسْكُنُوا إِلَيْهَا }(سورة الروم :21)، و تعرف (سناء الخولي1990) التوافق الزواجي بأنه: "التحرر النسبي من الصراع، والاتفاق النسبي بين الزوجين على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة, وكذلك المشاركة في أعمال وأنشطة مشتركة وتبادل العواطف" وحيث أن التوافق الزواجي Marital Adjustment يتوقف علي التعاون والانسجام والكفاءة في العلاقة الزواجية فإن الإنهاك النفسي الذي يتعرض له أحد طرفي هذه العلاقة قد يعوق أداءه لأدواره وقيامه بمسؤولياته و يقف و يحول دون تحقيق التوافق الزواجي، كما جمع (ماركمان markman 1993) بين تعريف الخولي (1982) و روجرز (1972) حيث يشير إلى التوافق الزواجي على أنه الراحة الفردية لكل طرف العلاقة عن طريق تطوير مجموعة من التفاعلات تساعد على التكييف مع ضغوط الحياة و إحساس كل طرف بالحميمية العاطفية و الجسمية، (عن بلميهوب كلثوم 2004).

و يتمثل الإنهاك النفسي في مجموعة من الأعراض، والتي تظهر في حالات التشاؤم ، وقلة الدافعية ، والافتقار إلى الاندماج الوجداني والجانب الاجتماعي، مما يؤثر في قيام العلاقة الزواجية وأداء كل من الزواجين لعمله ودوره خارج وداخل المنزل، لهذا فالإنهاك النفسي له من الآثار السلبية ما قد يقلل من رضا الفرد (الزوج) عن حياته المهنية ، وكذلك حياته الزوجية ، مما ينعكس سلبا على المجتمع بمن فيه، فوزي جبل (2003)، وقد أشارت الدراسة المقارنة لشافلي (shaufeli,W.B1994) للإنهاك النفسي لدى كل من الممرضين الهولنديين والبولنديين، إلى أن المتزوجات من الممرضات أكثر تعرضاً للضغوط من غير المتزوجات، ويزداد لديهن الإرهاق والشعور بعدم الأمان الوظيفي داخل العمل،(عن زينب شقير1997؛ ص64)، وإذا كان الممارس الاستشفائي معرض للوقوع تحت وطأة الضغوط بمختلف أنواعها مما يعرضه للعبء الزائد، لذلك نجد سيلست و رايموند Celeste & Raymond 1996 ذكرا أن العبء الزائد في العمل و البيت يزيد من درجة الضيق الزواجي لدى الفرد، ويوجد لديه نية لترك العمل، بل لترك زواجه إذا لم يجد الدعم المناسب من العمل.

و من جانب الدراسات العربية أكدت دراسة قوامها 200 معلم من الجنسين، أن للإنهاك النفسي تأثير سلبي على التوافق الزواجي حيث أن المعلمين المنهكين نفسيا غير متوافقون زواجيا و هذا ما يزيد للأزمة المعلم تعقدا و تفاقم (حسام محمود زكي علي 2008).

والجدير بالذكر أن الدراسات التي بحثت عن أثر الإنهاك النفسي على التوافق الزواجي جد قليلة (وهذا في حدود علم الباحث) و رغم ذلك فمعظم الدراسات في الميدان تثبت التأثير السلبي للإنهاك النفسي على الجوانب الاجتماعية عامة و على الأسرة و العلاقة الزوجية خاصة و وذلك ليس بالغريب إذا قارنا بين مظاهر الإنهاك النفسي لممارس الصحة العمومية و متطلبات التوافق الزواجي حيث أنها تتناقض و تتنافر، وانطلاقا مما سبق يتضح الجانب الأول من مشكلة الدراسة في موضوعه وهو الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزواجي لدى محترفي الصحة العمومية بالمؤسسات الاستشفائية الجزائرية، ولأجل حداثة الموضوع وقلة الدراسات التي تطرقت للإنهاك النفسي لممارسي الصحة العمومية في المستشفيات الجزائرية من جهة، و عدم تطرق الدراسات المحلية إلى ربط تأثير الإنهاك النفسي بالتوافق الزواجي لمحترفي الصحة العمومية من جهة أخرى، جعلنا نبحث عن مدى تعرض ممارسي الصحة العمومية لظاهرة تناذر الإنهاك النفسي و مدى تأثير ذلك على التوافق الزواجي لديهم، كما تذهب الدراسة إلى كشف الفروق بين الجنسين على مستوى متغيرين الدراسة أي الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي .

و بعبارة أخرى تهدف هذه الدراسة إلى الإجابة على التساؤلات التالية:

1) هل يعاني ممارسو الصحة العمومية الجزائرية من الإنهاك النفسي ؟ و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي.

2) هل تتباين مستويات الإنهاك النفسي باختلاف الجنس (ذكر/أنثى) لدى عينة الدراسة؟ و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي.

3) هل تتباين مستويات الإنهاك النفسي باختلاف الحالة الاجتماعية (متوج/أعزب) لدى عينة الدراسة؟ و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي.

4) هل يعاني أفراد عينة البحث من فئة المتزوجون من عدم التوافق الزواجي ؟.

5) ما طبيعة العلاقة بين الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي لدى عينة الدراسة ؟.

6) هل يختلف مستوى التوافق الزواجي باختلاف الجنس لدى عينة الدراسة المنهكة نفسيا ؟

وللإجابة عن هذه التساؤلات، وضعنا الفرضيات التالية:

1-2 الفرضيات :

الفرضية الأولى:

يعاني أفراد عينة البحث من تناذر الإنهاك النفسي.

الفرضيات الجزئية:

1- يعاني أفراد عينة البحث من الإنهاك انفعالي.

2- يعاني أفراد عينة البحث من فقدان الشعور التعاطفي.

3- يعاني أفراد عينة البحث من تدني الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل.

الفرضية الثانية:

ثمة فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين و العزاب لدى عينة الدراسة في شدة التعرض لتناذر الإنهاك النفسي لصالح فئة المتزوجون

الفرضيات الجزئية:

1-نتوقع فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين و العزاب في شدة التعرض لتناذرالإنهاك الانفعالي.

2-نتوقع فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين و العزاب في شدة التعرض لتناذر فقدان الشعور التعاطفي.

3-نتوقع فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين و العزاب في شدة التعرض لتناذر نقص الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل.

الفرضية الثالثة:

تباين مستويات تناذر الانهاك النفسي لدى عينة البحث تعزى لمتغير الجنس لصالح الاناث .

الفرضيات الجزئية:

1–فئة الاناث من عينة البحث أكثر تعرض لتناذر الإنهاك الانفعالي.

2–فئة الاناث من عينة البحث أكثر تعرض لتناذر فقدان الشعور التعاطفي.

3–فئة الاناث من عينة البحث أكثر تعرض لتناذر تدني الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل

الفرضية الرابعة :

يعاني أفراد عينة البحث من فئة المتزوجين من عدم التوافق الزواجي.

الفرضية الخامسة :

توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي والتوافق الزواجي لدى عينة الدراسة.

الفرضيات الجزئية:

1– توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي والتوافق الزواجي على بعد الإنهاك الانفعالي.

2– توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي والتوافق الزواجي على بعد فقدان الشعور التعاطفي.

3– توجد علاقة ارتباطية سلبية دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي والتوافق الزواجي على بعد تدني الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل

الفرضية السادسة :

النساء المنهكات نفسيا أقل توافقا زواجيا مقارنة مع الرجال المنهكين نفسيا لدى عينة الدراسة.

1-3 أهمية الدراسة :

تعد الدراسة الحالية من الدراسات القليلة التي تدرس التوافق الزواجي في الجزائر، و من الدراسات المحدودة التي تحاول أن تدرس علاقة الإنهاك النفسي بالتوافق الزواجي على مستوى الدراسات العربية، و لعلها الدراسة الوحيدة في الجزائر التي جمعت بين المتغيرين في الجزائر (في حدود علم الطالب).

كما تنبع الأهمية من العينة التي تناولتها الدراسة وهي عينة من الأطباء و الممرضين العاملين بالمستشفيات الجامعية بالجزائر العاصمة اللذين يعتبرون من أهم شرائح المجتمع مما يقدموه من خدمات أساسية و الدور الذي يمكن أن يلعبه الإنهاك النفسي في منع حدوث و استمرار التوافق الزواجي لمحترفي الصحة و ما قد يترتب على ذلك من آثار وخيمة على الفرد و المؤسسة و الأسرة و على المجتمع ككل.

كما تعتبر مهنة الطب والتمريض من المهن التي ترتكز على التعامل مع شكوى المعلول و مساعدته، فهي مهنة نبيلة و شاقة في نفس الوقت تحوي ضغوطات مهنية رهيبة تنعكس على معاملات الأطباء و الممرضين مع المرضى كما تأثر سلبا على الفرد و التنظيم والأسرة و منه على المجتمع ككل ومع ذلك نلاحظ نقص اهتمام الباحثين في مجتمعنا حول موضوع ضغوطات العمل عامة و الإنهاك النفسي خاصة و تأثير ذلك على النواحي الاجتماعية و الأسرية، و لحداثة الدراسات الأجنبية، انصب اهتمامنا بهذا الجانب، و الغرض هو التوصل إلى نتائج قد تجلب من جهة انتباه المسئولين من إداريين و رؤساء المصالح الإستشفائية ليهتموا أكثر بهذه الفئة من العمال و إعادة النظر في مركزهم المهني، و من جهة أخرى المختصين من أخصائيين في علم النفس الإكلينيكي و الاجتماعي لوضع برامج إرشادية للتعامل مع مشكلة الإنهاك النفسي بغية أخذ الإجراءات الكفيلة للحد من تفشي الظاهرة أو التقليل منها و بالتالي الوصول إلى بيئة عمل صحية ، و إعطاء الفرصة لممارسين الصحة العمومية للعمل في وتيرة و ظروف ملائمة، هذا بالإضافة إلى الأهمية المتمثلة في وضع تحت تصرف الطالب العربي معلومات حول هذا الاضطراب .

كما تستمد الدراسة الحالية أهميتها من المتغيرات الهامة التي يدرسها هذا البحث، حيث أصبح موضوع الإنهاك النفسي يحتل الصدارة في البحوث الأجنبية و ذلك راجع إلى أعراضه و مخلفاته الوخيمة

على الفرد و المنظمة و على المجتمع ككل، حيث تمتد آثاره السلبية إلى عماد كل مجتمع أي الأسرة فيحول دون تحقيق التوافق الزواجي و هذا ما يؤدي في أغلب الحالات إلى انحلال الأسرة و تشرد الأطفال.

1-4 أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف مستوى الإنهاك النفسي لدى ممارس الصحة العمومية الجزائرية و علاقته بالتوافق الزواجي، و الكشف عن الفروق في الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي بين الجنسين. و هذا على مستوى ثلاث مستشفيات جامعية بالجزائر العاصمة، مستشفى مصطفى باشا الجامعي، المستشفى الجامعي محمد لمين دباغين (باب الوادي) ،والمستشفى الجامعي (بني مسوس)، حيث تتوقع الدراسة أن الإنهاك النفسي يحول دون التوافق الزواجي لدى عينة البحث و هذا ما يزيد من تأزم الوضع النفسي و الصحي و المهني للفرد المنهك نفسيا، ولتصميم برنامج إرشادي للتصدي لهذه الأزمة على المختص أن ينطلق من العلاقة الزوجية و منه الأسرية و هذا ما يسمح للفرد من إعادة استرجاع معنوياته لمواجهة الجانب المهني بأكثر ثقة و عزيمة و قوة.

1-5 أسباب اختيار الموضوع :

كانت لنا الفرصة اثر عملنا بالمستشفى الجامعي محمد لمين دباغين (باب الوادي) إلى ملاحظة سوء الاستقبال و المعاملة الجافة و الغير إنسانية للمرضى من طرف محترفي الصحة العمومية من أطباء و ممرضين من جهة، وادراك الضغوط الضخمة التي تعاني منها هذه الفئة من العمال من جهة أخرى، و حين أستعمل كلمة "ضخمة" ليس بالمبالغة و لكن بالحقيقة الملموسة، والضغوط عديدة و مختلفة كطول ساعات العمل، كثرة المرضى، ظروف عمل رديئة، محيط عمل شبه خطير خاصة أثناء فترات المداومة ليلا، اعتداءات جسدية من طرف المرضى و عائلاتهم ،انعدام الأمن ، خطر العدوى و الإصابة بأخطار مميتة مثل (hépatites B,C, VIH)، ظروف الإيواء و الأكل غير صحية، ضعف الراتب، علاقة سيئة مع الإدارة، شبح الخطأ الطبي الذي في الغالب يعني نهاية المسار المهني أو حتى السجن، بالإضافة إلى معايشة المعانات و الألم و الموت يوميا ...

كل ما سبق دفعنا للتفكير عن إذا ما كانت معانات ممارسو الصحة العمومية تنتهي بخروجهم من المستشفى أو أنها تلازمهم لتخرب علاقاتهم الاجتماعية و الأسرية و خاصة منها الزوجية، وإدراك الحاجة إلى نتائج مثل هذه الدراسة في دعم برامج الإرشاد الزواجي و الدعم و المساندة النفسية للتنفيس عن هذه الفئة المهمة من المجتمع أي الأطباء و الممرضين.

1-6 حدود الدراسة :

حيث إن موضوع الدراسة هو العلاقة بين الإنهاك النفسي علاقته بالتوافق الزواجي لذلك فإن لدراسة الحالية تتحدد بموضوعها الذي تدرسه، كما يتحدد بعينة الدراسة،أي ممارسو الصحة العمومية الجزائرية حيث تم استخدام عينة قصدية (طريقة المتطوعين)، ويتحدد كذلك بالأدوات المستخدمة وهي مقياس الإنهاك النفسي ومقياس التوافق الزواجي، ويتحدد أيضاً بالزمان الذي تتم فيه وهو العام 2010، وبالمكان وهو مدينة الجزائر العاصمة ولذلك يجب أن نكون حذرين في تعميم نتائج هذه الدراسة، حيث يجب مراعاة هذه الحدود في تعميمها، و بالتالي فان النتائج التي سوف يتم الحصول عليها تتعلق فقط بمجتمع له الخصائص نفسها لعينة البحث الحالي.

1-7 التعريف بمفاهيم البحث :

1-7-1 الإنهاك النفسي Burnout :

يعتبر الإنهاك النفسي حالة من الاستنزاف الانفعالي والبدني، بسبب ما يتعرض له الفرد من ضغوط؛ أي أنه يشير إلى التغيرات السلبية في العلاقات والاتجاهات من جانب الفرد نحو الآخرين، بسبب المتطلبات الانفعالية والنفسية الزائدة" (السمادونى 1990).

و ذكر عمر الخرابشة وأحمد عريبات (2005) أنه عبارة عن حالة نفسية تصيب الفرد بالإرهاق والتعب نتيجة وجود متطلبات وأعباء إضافية يشعر معها الفرد أنه غير قادر على التكيف والتحمل مما ينعكس عليه سلبيا ، وكذلك على من يتعامل معه ، بل يمتد فيقلل من مستوى الخدمة نفسها ، ويتم ذلك عبر مراحل ثلاث : الشعور بوجد الضغوط على كاهل الفرد (المهني)، الشعور بالقلق والتعب نتيجة لعدم القدرة

على التكيف مع تلك الضغوط ، حدوث مجموعة من التغيرات السلبية سلوكيا تغير اتجاهات و سلوك الفرد نحو العمل وكذلك الآخرين مثل الروتين والجفاف في ا لتعامل.

التعريف الإجرائي :أما التعريف الإجرائي في حدود هذه الدراسة هو درجة الفرد التي يحصل عليها في مقياس الإنهاك المستخدم في الدراسة الحالية.

1-7-2 التوافق الزواجي Marital Adjustment :

ذكر حسن مصطفي (2004) أن التوافق الزواجي هو حالة تتضمن التوفيق في الاختيار، والاستعداد للحياة الزوجية، والدخول فيها بالحب المتبادل، والإشباع الجنسي، وتحمل المسؤوليات، والقدرة علي حل المشكلات، والاستقرار الزواجي والرضا والسعادة الزواجية والتصميم علي مواجهة.

التعريف الإجرائي:

هو الاتفاق النسبي بين الزوجين على موضوعات حياتهم الزوجية و هو درجة الفرد التي يحصل عليها في مقياس التوافق الزواجي المستخدم في الدراسة الحالية و التي تقاس من خلال الأبعاد التالية: الخطوبة والاختيار الزواجي، والتوافق الأسري، والنضج الانفعالي والعاطفي والعلاقات الشخصية، والعلاقات الاجتماعية، والتوافق الجنسي.

1-8 الدراسات السابقة :

تعتبر الدراسات العلمية التي سبق و أن تناولت موضوع الدراسة أداة يستند عليها الباحث لتفسير النتائج التي يتوصل إليها من خلال تطبيق أدوات البحث، كما تعتبر المنبع الذي انطلاقا منه تم صياغة فرضيات البحث الحالي، و الجدير بالذكر أن الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيرين الدراسة جد قليلة (في حدود علم الطالب)، كان من الصعب العثور عليها خاصةً منها الدراسات العربية هذا من جهة، و من جهة أخرى فلم يعثر الباحث على أية دراسة علمية تناولت العلاقة بين المتغيرين في مجتمعنا، و ربما يرجع ذلك إلى الصعوبات التي يمكن أن يتلقاها الباحث جراء الخوض في المسائل الزوجية في المجتمع الجزائري المتحفظ .

1-8-1 دراسات تناولت الاحتراف النفسي لدى ممارسي الصحة (أطباء و ممرضين) :

الدراسات العربية:

1-8-1-1 دراسة جلولي شتوحي نسيمة (2003) :

كان موضوع الدراسة هو الإنهاك النفسي لدى الممرضين و استراتيجيات المقاومة المستخدمة، دراسة مقارنة تم إجرائها على المجتمع الجزائري، وقدرت العينة ب140 ممرض منهم (51 ممرض) و (89 ممرضة) باستعمال مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش (1981) maslach ، وانتهت الدراسة إلى أن عينة الدراسة تعاني من شدة مرتفعة على مستوى بعد الإنهاك الانفعالي، و من شدة متوسطة على مستوى كل من بعد فقدان الشعور التعاطفي و بعد نقص الإنجاز الشخصي في العمل.

و تقول الباحثة :" أن فئة الممرضين من المهن الاجتماعية المعرضة للإنهاك النفسي .فالممرض الجزائري إذا تحدثنا عن ممرضون مصطفى باشا (لا يخرجون عن هذه القاعدة و يعانون نسب متفاوتة من الإنهاك الانفعالي و نقص الإنجاز الشخصي في العمل، و فقدان الشعور التعاطفي."

1-8-1-2 دراسة بوقروط و آخرون (2004) :

توصلت الدراسة العرضية التي قام بها مجموعة من الأطباء التابعين لمصلحة طب العمل لمستشفى باب الوادي لغرض تقدير هذه معاناة الممارسين، والتي شارك فيها 233 طبيب و 224 ممرض من 05 مستشفيات من منطقة الجزائر العاصمة وقد قدرت الصحة العقلية بواسطة استبيان الصحة العامة (GHQ) General health questionnaire بصيغته المتألفة من 28 بند، وهو يسمح بتحليل أربع مكونات: أهمها حصر الاضطرابات النفس جسدية ، الاكتئاب و عدم التكيف الاجتماعي؛ و مجموع المجاميع المحصل عليه من 28 سؤال يعطي حاصل عام يعبر عن الإصابة النفسية Atteinte psychique ، و توصلت الدراسة إلى أن عوامل الخطر المؤدية إلى المعاناة النفسية لدى عينة البحث هي:

الجنس : الإناث، مهنة التمريض، مكان العمل، السن : ما بين 30 سنة إلى 44 سنة، و قد قدرت المعاناة النفس اجتماعية ب23.4 % عند الممرضين و 47.2 % عند الأطباء إلا أن هذه المعاناة ظهرت أكثر عند الأطباء و الممرضين العاملين بمستشفيات باب الوادي و بني مسوس كما برزت علامات الحصر بقوة حيث كانت تفوق 70 % عند الممرضين و تزيد عن 57% عند الأطباء وهي تصيب النساء أكثر ما تصيب الرجال فضلا عن هذا فقد انتهت الدّراسة إلى وجود تعبير نفس جسماني عن المعاناة النفسية عند 80 % من النفسيين والذي يكون أكثر عند النساء الممرضات.

وقد اهتم جزء من هذه الدراسة بالكشف عن الاكتئاب ومن بين ما انتهت إليه هذه الدراسة من نتائج هو حضور علامات الاكتئاب الحاد و الذي تميزه الأفكار الانتحارية عند 14.23 % من الممرضين و 22 % من الأطباء و قد كانت علامات الاكتئاب هذه حاضرة أكثر عند الإناث من الممرضات و الطبيبات.

1-8-1-3 دراسة (حاتم وهيبة 2005) :

تطرقت الدراسة لظاهرة الإنهاك النفسي لدى أطباء مصلحة الاستعجالات لعدد من مستشفيات الجزائر العاصمة و كانت العينة متكونة من 300 طبيب بواقع 105 طبيب و 195 طبيبة تم تطبيق عليهم مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش Maslach Burn out Inventory 1985، و قد توصلت الباحثة إلى نتائج تأكد مستوى

الإنهاك النفسي العالي لدى عينة الدراسة كما توصلت إلا أن الطبيبات أكثر إنهاكا من الذكور، وقد انتهت النتائج إلى كون البعد التنظيمي من أهم العوامل المسببة للضغط و الإنهاك النفسي حيث تراوحت نسبته مابين 20 إلى 82 % إذا ما قوبل بعامل الجنس، السن، الأقدمية و نوعية المهام ؛ فيما كان البعد النفسي /العلائقي أقل تأثرًا من 10 إلى 21%.

الدراسات الأجنبية :

1-8-1-4 دراسة Rodary (1993) :

أقيمت الدراسة على عينة تتكون من 520 ممرض و ممرضة،و قد دلت النتائج بعد تطبيق مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش MBI 1985، أن ما يقارب 55% من عينة البحث أظهروا الرغبة في مغادرة العمل و أن حوالي 25% يعانون من إنهاك انفعالي مرتفع، و 16 % من فقدان الشعور التعاطفي و 25 % من نقص الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل.

1-8-1-5 دراسة مستشفى Bordeaux (1999) :

اتخذت إدارة العلاج التمريضي لمستشفى بوردو الجامعي بفرنسا مبادرة القيام بتحقيق على مستوى الممرضين خلال شهر أفريل1999 بغيت تقييم أهمية الإنهاك النفسي، و من أجل تحديد عوامل خطورته، فاستعانت بعينة تقدر ب 900 ممرض أو ما يعادل 30 % من مجموع 3000 ممرض فتوصلت نتائج هذا التحقيق إلى أنه 17% من الممرضين يعانون من إنهاك انفعالي،و 15% من فقدان الشعور التعاطفي و 24% من نقص الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل، ومنه فالنتائج تبين أن 153 من أصل 900 ممرض يعانون من تنتذر الإنهاك النفسي، ما يقارب 6 إلى 7 ممرض من كل مصلحة (عن حاتم وهيبة 2005).

1-8-1-6 دراسة Didier Truchot (1999) :

حيث توصل Didier Truchot من جامعة Reims في دراسته على عينة قوامها 490 طبيب بعد تطبيق مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش Maslach Burn out Inventory 1985، إلى أن قرابة 46% من الأطباء

يعانون من الإنهاك الانفعالي، و 41 % منهم يعانون من نقص الإنجاز الشخصي و 33 % منهم يعانون من فقدان الشعور التعاطفي أو تجرد العلاقات الإنسانية بالآخر.

1-8-1-7 دراسة Chakali (2002) :

عرض Chakali في الملتقى الفرنسي المغاربي التاسع عشر للطب العقلي سنة 2000 ، دراسته حول الإنهاك النفسي أجريت في مركز مكافحة السرطان بالبليدة على عينة قوامها 231 فرد من أطباء و ممرضين طبق عليهم مقياس ماسلاش maslach و أسفرت نتائجها على ما يلي:

60 % من الأطباء يعانون من الإنهاك الانفعالي و 40 % يعانون من نقص الشعور التعاطفي و 24 % من الأطباء يعانون من نقص الإنجاز الشخصي، أما فيما يخص الطاقم شبه الطبي : 70 % يعانون من الإنهاك الانفعالي ، 30 % من نقص الشعور التعاطفي أي تبلد المشاعر، كما كانت النسبة فيما يخص يعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل تقدر ب 39 %.

1-8-1-8 تعقيب :

مما سبق يمكن ملاحظة النسب العالية الممثلة للأطباء و الممرضين الذين يعانون من الإنهاك النفسي، حيث أن معظم الدراسات العربية منها و الأجنبية أجمعت على انتشار الإنهاك النفسي في الأوساط الإستشفائية، و لذلك أصبح يعتبر من هذا الموضوع من مواضيع الساعة، كما يلاحظ الاهتمام الكبير بهذا الموضوع من طرف المسيرين و أرباب العمل كمستشفى بوردو bordeaux الفرنسي.

و ما يمكن ملاحظته أن العديد من الدراسات اهتمت بالممرض على حساب الطبيب و يرجع ذلك إلى الاعتقاد الشائع أن مهنة التمريض تحمل ضغوط أكبر من مهنة الطب، غير أن نتائج الدراسات تميل إلى بيان العكس، ويتضح ذلك في دراسة دراسة Chakali (2002) و دراسة Boukortt & col (2004) .

كما أكدت نتائج دراسة حاتم وهيبة (2005) إلى كون البعد التنظيمي من أهم العوامل المسببة للضغط و الإنهاك النفسي حيث تراوحت نسبته مابين 20 إلى 82 % إذا ما قوبل بعامل الجنس، السن، الأقدمية و نوعية

المهام، فيما كان البعد النفسي /العلائقي أقل تأثرًا من 10 إلى 21%، و هذا ما يذهب عكس توقعات الدراسة الحالية التي تفترض تأثير عالي للإنهاك النفسي على البعد النفسي العلائقي ومنه العلاقة الزوجية و يمكن تفسير ذلك أن كون الباحثة ركزت على المحيط المهني للعامل و لم تأخذ بعين الاعتبار الحالة الاجتماعية (متزوج أم غير متزوج)، كما لا يمكن توقع اضطراب المهارات و الكفاءات المهنية دون اضطراب الجانب النفسي و منه العلائقي.

1-8-2 دراسات تناولت العلاقة بين الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي أو الحالة الاجتماعية :

الدراسات العربية:

1-8-2-1 دراسة حسام محمود زكي علي (2008) :

و تعتبر الدراسة العربية الوحيدة (في حدود علم الطالب) التي تناولت علاقة متغيرين الدراسة الحالية أي اهتمت بالأخص بطبيعة العلاقة بين الإنهاك النفسي والتوافق الزواجي،وكذا الفروق بين الجنسين في الإنهاك النفسي، والفروق في الإنهاك النفسي طبقًا لسنوات الخبرة، ونوع الفئة التي يقوم المعلم بالتدريس لها لدى عينة قوامها (200) من معلمي الفئات الخاصة بمحافظة المنيا ومن الأدوات التي استخدمها الباحث مقياس الإنهاك النفسي لمعلمي الفئات الخاصة إعداد الباحث، ومقياس التوافق الزواجي إعداد راوية دسوقي(1986) . و توصلت الدراسة إلى إثبات العلاقة الارتباطية السلبية بين الإنهاك النفسي والتوافق الزواجي لدى عينة الدراسة أي بتعبير آخر، أن المعلمين المنهكين نفسيا أقل توافقا زواجيا، بينما نفت النتائج وجود علاقة بين الإنهاك النفسي و بعض المتغيرات كالجنس، الخبرة و نوع الإعاقة.

1-8-2-2 دراسة ليلى عبد الحميد (1993) :

ومما هدفت إليه الدراسة معرفة العلاقة بين ضغوط العمل، والإنهاك النفسي والحالة الاجتماعية، على عينة مكونة من (406) معلمة تعمل في التعليم العام السعودي في مراحله الثلاث بواقع (108) معلمة من المرحلة الابتدائية، (147) من المرحلة المتوسطة و(151) من المرحلة الثانوية، وقد طبقت استبانه مصادر الضغوط في مهنة التدريس من اعداد الباحثة، ومما توصلت إليه الدراسة أن المعلمات غير المتزوجات أكثر تعرضا للإنهاك النفسي.

1-8-2-3 محمود غلاب (2002) :

تطرقت الدراسة إلى العلاقة بين ضغوط العمل وكل من الرضا الزواجي والقلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج والزوجات بمصر، واستخلصت الدراسة إلى أن الضغط الذي يقابل الفرد في أحد أدواره فإنه ينتقل لباقي الأدوار، مما يؤثر في النهاية على علاقات التفاعل الأسري، ويساعد على ظهور المشكلات بين الزوجين، بل

إن الزوج الذي يتعرض لضغوط عمل شديدة فإنه تصاحبه حين يعود للمنزل حيث يكون مرهقا ومنهكا، وفي حالة مزاجية سيئة، مما ينعكس سلبيا على علاقته بالطرف الآخر.

1-8-2-4 دراسة إبراهيم القريوتي وفريد الخطيب (2006) :

ومما هدفت إليه معرفة ما إذا كانت درجة الإنهاك النفسي تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية، و فئة إعاقة الطالب، وجنس المعلم، وذلك على عينة تبلغ (447) معلما من الجنسين بالأردن، منهم (311) متزوجا، (136) غير متزوج،(163) معلما للتربية الخاصة، (284) معلما للعاديين، و(129) معلما، و(318) معلمة، باستخدام مقياس الإنهاك النفسي لشرنك (1996) Shrink ومما توصلت إليه الدراسة عدم وجود فروق في الإنهاك النفسي ترجع لجنس المعلم، أو حالته الاجتماعية أي أن المتزوجين و الغير متزوجين لا يختلفون في مستوى التعرض للإنهاك النفسي بينما وجدت فرقا يرجع لفئة إعاقة الطالب؛ حيث نجد أن معلمي الإعاقة البصرية ومعلمي الموهوبين أعلى في درجة الإنهاك النفسي عن باقي الفئات .

1-8-2-5 دراسة أحمد الحراملة (2007) :

ومما هدفت إليه معرفة العلاقة بين الإنهاك النفسي والحالة الاجتماعية للمعلم ، وذلك على عينة من المعلمين عددهم (472) معلما من الجنسين، ممن يعملون في مد ارس مدينة الرياض الثانوية الخاصة والحكومية منهم (378) معلما متزوجا، و(98) أعزبا، ومن أدواتها مقياس لماسلاش Maslach ومما توصلت إليه الدراسة أ ن هناك فروقا بين المعلمين ترجع إلى الحالة الاجتماعية؛ حيث يزداد الشعور بالإنهاك النفسي لدى غير المتزوجين مقارنة بالمتزوجين، أي أن الزواج يعتبر واقيا من الإنهاك النفسي، حيث و حسب تفسير الباحث أن المعلم يجد في أسرته منبع تجديد الطاقات و مصدرا للدعم و الاعانة تمكنه من الترويح على النفس.

الدراسات الأجنبية :

1-8-2-6 دراسة زونجكير: Zongker (1989) :

ومما هدفت إليه معرفة الاختلافات البيئية بين القساوسة في الريف والحضر في الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي ، وذلك على عينة قوامها (248) من القساوسة وزوجاتهم في أمريكا، ومن الأدوات التي استخدمها الباحث مقياس ماسلاش Maslach ، ومما توصلت إليه الدراسة أن زوجات القساوسة في الريف، أعلى إنهاكا من الزوجات في الحضر، وأن التوافق الزواجي ارتبط إيجابيا ببعد الإنجاز الشخصي، بينما ارتبط سلبيا ببعدي الإعياء العاطفي، وتبلد المشاعر أما علاقة السن والجنس بالإنهاك النفسي، والتوافق الزواجي فإنه مع تقدم العمر بالنسبة للرجال يزيد الإعياء العاطفي والتوافق الزواجي، بينما يقل الشعور بتبلد المشاعر، أما التوافق الزواجي لدى الزوجات فإنه مع تقدم العمر يقل مع زيادة الإعياء العاطفي، وتبلد المشاعر .

1-8-2-7 دراسة SEARS ET GALAMBOS (1992) :

كان عنوان الدراسة هو ظروف عمل المرأة و التوافق الزواجي في الأسر ذات الزوجين العاملين على عينة قوامها 86 من النساء العاملات و أزواجهن العاملين بالاعتماد على مقياس ضغوط عمل النساء من تصميم الباحث بالإضافة إلى مقياس التوافق الزواجي وتوصلت الدراسة إلى أن الضغوط المهنية للمرأة تعيق التوافق الزواجي.(عن حسام محمود زكي علي 2008)

1-8-2-8 دراسة ماينو و كنونن (1999) Mauno & Kinnunen :

ومما هدفت إليه معرفة أثر ضغوط العمل المتمثلة في الإنهاك النفسي على الرضا الزواجي، و ذلك على عينة تبلغ (215) من المتزوجين في فنلندا ويعملون في مهن مختلفة، ومن أدواتها مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش و جاكسون (1986) Maslach & Jackson ومما توصلت إليه أن الإنهاك النفسي وضغوط العمل المتمثلة في عدم الأمان الوظيفي، وضغوط الوقت، وصراع الدور بين العمل المنزلي والعمل المؤسسي، والاضطرابات السيكوسوماتية كلها تؤثر سلبا في الرضا الزواجي فالعلاقة سلبية بين الرضا الزواجي والإنهاك النفسي .

1-8-2-9 دراسة وسام بريك (2003) :

ومما هدفت إليه معرفة أثر الجنس والحالة الاجتماعية على الإنهاك النفسي، وذلك على عينة من المعلمين يبلغ عددهم (1054) من الجنسين، يعملون في المدارس الحكومية والخاصة في عمان، منهم (446) معلما ، و (593) معلمة، و(733) متزوجا ، و(321) أعزبا، ومن أدوات التطبيق مقياس ماسلاش وجاكسون Maslach & Jacksonتعريب دواني وزملاؤه (1989)، ومما توصلت إليه الدراسة أن إصابة الذكور بالإنهاك النفسي أكثر من الإناث على بعدي تبلد المشاعر والشعور بنقص الإنجاز دون البعد الثالث كما أن المتزوجين أكثر معاناة من غير المتزوجين على بعد الإجهاد الانفعالي كبعد للإنهاك النفسي .

1-8-2-10 دراسة ويليامس (2007) Williams :

ومما هدفت إليه معرفة العلاقة بين الإنهاك النفسي والرضا الزواجي، على عينة تبلغ (99) فردا من عمال الكنيسة الإنجليكانية في انجلترا، منهم (40 %) من النساء، و(60 %) من الرجال ، باستخدام مقياس الإنهاك النفسي إعداد ماسلاش Maslach Burnout Inventory ، ومقياس التوافق الزواجي إعداد ديادس Dyadis، ومما توصلت إليه وجود علاقة موجبة بين الرضا الزواجي والإنجاز الشخصي كبعد من أبعاد الإنهاك النفسي، أما بعد الجمود في العلاقات كبعد من أبعاد الإنهاك النفسي فارتبط سلبيا بالرضا الزواجي؛ حيث يقل الرضا الزواجي مع زيادة الجمود في العلاقات وازدواجية الدور (المهني العائلي)، في حين لم تتوصل لعلاقة ارتباطية دالة بين بعد الإعياء العاطفي والرضا الزواجي .

1-8-2-11 دراسة مارتنيسن وآخرين (2007) Martinussen,et.al :

ومما هدفت إليه كشف أثر الإنهاك النفسي على الأسرة ، وذلك على عينة مكونة من (223) من ضباط الشرطة في النرويج متوسط عمرهم (36.8) ومتوسط عدد ساعات العمل (39.5) ، من خلال استخدام مقياس ماسلاشMaslach ، ومما توصلت إليه الدراسة أن الضغط العائلي يعتبر منبئا بحدوث الإنهاك النفسي، فالعلاقة إيجابية بين الضغط المنزلي والإنهاك النفسي، وأن الإنهاك النفسي يزيد عنف الزوج، بل يزيد صراع الدور لدى الزوج بين دوره في الأسرة والعمل، مما ينذر بسوء توافقه.

1-8-2-12 دراسة LOCKSLEY N (1980) :

توصلت نتائج دراسة المسحية القومية للباحث لوكسلي لأثر عمل الزوجة على التوافق الزواجي و الزمالة على عينة قدرت ب 2400 شخص من الجنسين، عن طريق استعمال مقياس التوافق الزواجي لسبينر 1976SPINER، إلى أنه لم يتم التوصل لأي دليل يثبت تأثير عمل الزوجات أو اهتمامهن بأنشطة العمل على التوافق الزواجي أو الزمالة في العمل (عن إيناس بنت أحمد علي السليمي 2008).

13-2-8-1 تعقيب :

مما سبق يمكن ملاحظة أن الدراسات العربية التي تناولت علاقة الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي تعد على أصابع اليد و ذلك طبعا في حدود علم الباحث، و من الملاحظ أن دراسة (حسام محمود زكي علي 2008) أكدت التأثير السلبي للإنهاك النفسي على التوافق الزواجي و ذلك ما يتماشى و توقعات الدراسة الحالية.

و لنقص الدراسات التي اهتمت بعلاقة متغيرين الدراسة اضطر الباحث إلى ذكر بعض الدراسات القريبة ، والتي تناولت أثر الحالة الاجتماعية للفرد (متزوج غير متزوج) على الإنهاك النفسي، فنجد أن الدراسات السابقة التي تناولت أثر الحالة الاجتماعية كمتغير ديموجرافي على الإنهاك النفسي اختلفت فيما بينها ، فنجد بعضها ذكر أن غير المتزوجين أكثر إصابة بالإنهاك النفسي من المتزوجين مثل : دراسة ليلى عبد الحميد (1993) ، وبعضها الآخر أشار إلى أن المتزوجين أكثر إصابة بالإنهاك النفسي من غير المتزوجين مثل : دراسة وسام بريك(2003) ، بل إن فريقا ثالثا ذكر أن الحالة الاجتماعية لا تؤثر في الإصابة بالإنهاك النفسي مثل دراسة إبراهيم القريوتي ، وفريد الخطيب (2006) ، وفريق رابع رأى أن التوافق الزواجي ارتبط إيجابيا ببعض أبعاد الإنهاك النفسي مثل : بعد الإنجاز الشخصي ، بينما ارتبط سلبيا ببعدي الإعياء العاطفي ، وتبلد المشاعر ، كما في دراسة ويليامس (Williams2007) وذلك التباين في النتائج يمكن الاستفادة منه لتفسير النتائج فيما بعد .

1-8-3 دراسات تناولت العلاقة بين الإنهاك النفسي و الجنس :

الدراسات العربية:

1-8-3-1 دراسة زياد الطحاينة وسهى أديب (1996) :

ومما هدفت إليه معرفة أثر الجنس والخبرة على الإنهاك الإنهاك النفسي ، وذلك على عينة مكونة من (440) معلما من الجنسين للتربية الرياضية في الأردن ، منهم (266 معلما) و (174 معلمة) ومن أدواتها مقياس ماسلاشMaslach للإنهاك النفسي ،ومما توصلت إليه أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في الإنهاك النفسي لدى عينة الدراسة تعزي لمتغيرات الجنس والخبرة

1-8-3-2 دراسة منصور السيد (2001) :

ومما هدفت إليه معرفة علاقة الإنهاك النفسي بالجنس ، والخبرة ، والمرحلة التي يعمل بها المعلم، وذلك على عينة من المعلمين تبلغ (95) ممن يدرسون بمدارس الأمل بمحافظة أسوان ، منهم (50 معلما) و (45 معلمة) ، ومن أدواتها مقياس الإنهاك النفسي للمعلم إعداد الباحث ، ومما توصل إليه أن المعلمات أكثر تعرضا للإنهاك النفسي من المعلمين ، وأن المعلمين الجدد أي الأقل خبرة أكثر شعورا بالإنهاك النفسي من المعلمين الأكثر خبرة ، وأن معلمي المرحلة الابتدائية أكثر شعورا بالإنهاك النفسي من المعلمين في المرحلتين الإعدادية و الثانوية.

1-8-3-3 دراسة فوزية عبد الحميد وعبد الحميد سعيد (2003) :

ومما هدفت إليه معرفة أثر الجنس والخبرة ونوع الفئة التي يدرس لها المعلم وذلك على الإنهاك النفسي للمعلم ، وذلك على عينة تبلغ 133 معلما من الجنسين يدرِسون للفئات الخاصة في سلطنة عمان منهم (33 معلما) و (100 معلمة)، ومن أدواتها مقياس ماسلاش وجاكسون للإنهاك النفسي Maslach & Jackson ، ومما توصلت إليه عدم وجود فروق دالة إحصائيا في الإنهاك النفسي ترجع للجنس أو الخبرة التدريسية ، وأن المعلمين الذين يعملون مع الإعاقات المتعددة كبار أكثر شعورا بالإنهاك النفسي في بعد الإجهاد الانفعالي.

1-8-3-4 دراسة جلولي شتوحي نسيمة (2003) :

كان موضوع الدراسة هو الإنهاك النفسي لدى الممرضين و استراتيجيات المقاومة المستخدمة ، دراسة مقارنة تم إجرائها على المجتمع الجزائري ، وقدرت العينة ب140 ممرض منهم (51 ممرض) و (89 ممرضة) باستعمال مقياس الانهاك النفسي لماسباش (1981) maslach ، و انتهت الدراسة إلى أنه لا يوجد فرق بين الجنسين في شدة التعرض للإنهاك النفسي.

1-8-3-5 حاتم وهيبة 2005 :

نطرقت الدراسة لظاهرة الإنهاك النفسي لدى أطباء مصلحة الاستعجالات لعدد من مستشفيات الجزائر العاصمة و كانت العينة متكونة من 300 طبيب بواقع 105 طبيب و 195 طبيبة تم تطبيق عليهم مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش 1985 Maslach Burn out Inventory ، و قد توصلت الباحثة إلى نتائج تأكد مستوى الإنهاك النفسي العالي لدى عينة الدراسة كما توصلت إلا أن الطبيبات أكثر إنهاكا من الذكور.

1-8-3-6 دراسة إبراهيم القريوتي وفريد الخطيب (2006) :

ومما هدفت إليه معرفة ما إذا كانت درجة الإنهاك النفسي تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية ، و فئة إعاقة الطالب، وجنس المعلم، وذلك على عينة تبلغ (447) معلما من الجنسين بالأردن، منهم (311) متزوجا، و(136) غير متزوج و(163) معلما للتربية الخاصة، و(284) معلما للعاديين، و(129) معلما، و(318) معلمة، باستخدام مقياس الإنهاك النفسي لشرنك Shrink(1996) ومما توصلت إليه الدراسة عدم وجود فروق في الإنهاك النفسي ترجع لجنس المعلم، أو حالته الاجتماعية أي أن المتزوجين و الغير متزوجين لا يختلفون في مستوى التعرض للإنهاك النفسي بينما وجدت فرقا يرجع لفئة إعاقة الطالب حيث نجد أن معلمي الإعاقة البصرية ومعلمي الموهوبين أعلى في درجة الإنهاك النفسي عن باقي الفئات.

1-8-3-7 دراسة عشوي عبد الرحمن (2008) :

ومما هدفت إليه معرفة ما إذا كانت درجة الإنهاك النفسي تختلف باختلاف الحالة الاجتماعية ، و السن ، وجنس العامل ، وذلك على عينة من عمال الوكالات التجارية لسونالغاز، وفقد سمحت الدراسة بالوصول إلى نتيجتين :

الأولى مفادها أن السن له أثر إيجابي على الشعور بالإنجاز، بمعنى آخر أنه آلما تقدم الموظف في السن آلما شعر بإنجاز مهني مرتفع ،أما النتيجة الثانية فكشفت على أن الأقدمية في العمل تعتبر مصدر للإنهاك الانفعالي وعائقا أمام الشعور بالإنجاز المهني بمعنى آخر أن الأقدمية لا تعتبر عامل حماية ضد الاحتراق النفسي.

الدراسات الأجنبية :

1-8-3-8 دراسة دافيد و إيادوين (1995) David & Eadaoin :

ومما هدفت إليه معرفة العلاقة بين الجنس والإنهاك النفسي ، على عينة ممن (410 معلم) منهم (180 ذكور) و (229 من الإناث) و (06 غير معروفين الجنس، بايتعمال مقياس ماسلاش Maslach Burnout Inventory)، ومما توصلت إليه أن المعلمين الذكور يعانون درجة أعلى من الإنهاك النفسي مقارنة بالمعلمات ، وأن المعلمات أكثر حاجة من المعلمين للدعم الاجتماعي (مزياني فتيحة 2007).

1-8-3-9 دراسة هيو-جين (2004) Hui-Jen :

ومما هدفت إليه هو بحث العلاقة بين الجنس والإنهاك النفسي ، لدى عينة مكونة من 1034 طالبا من كليات مهنية تقع في أماكن مختلفة في تايوان ، منهم (520 طالبا) و (509 طالبة) ، ومما توصلت إليه الدراسة أن الطالبات يعانين درجة أعلى من الإنهاك النفسي من الطلاب الذكور، و ذلك باستعمال مقياس ماسلاش Maslach

1-8-3-10 دراسة أهولا وآخرين (Ahola,et.al(2005 :

ومما هدفت إليه معرفة العلاقة بين الإنهاك النفسي الوظيفي والاكتئاب النفسي و الجنس ، وذلك على عينة مكونة من (3276) عاملا يعملون بمهن مختلفة في فلندا ، عمرهم ما بين 24 و 30 سنة ،% 50 من الرجال ، و 50 % من النساء ، ومن أدواتها مقياس ماسلاش Maslach ،و مما توصلت إلية الدراسة أن الإنهاك النفسي الوظيفي مرحلة مؤدية للاكتئاب النفسي، وأن الرجال أكثر إصابة من النساء بالإنهاك النفسي الوظيفي.

1-8-3-11 دراسة تانج و بانج (2006) Tang & Pang :

ومما هدفت إليه معرفة علاقة الإنهاك النفسي بالجنس والخبرة ، لدى عينة تبلغ 896 من المعلمين الصينيين من الجنسين وقد اختيروا من عشر مدراس متوسطة وأربع مدراس إبتدائية في ولاية " هيمان Human " في الصين ومن الأدوات المستخدمة مقياس ماسلاش MBI ومما توصلت إليه الدراسة أن الإنهاك النفسي لدى المعلمات أعلى من المعلمين ، وأن المعلمين ذوي الخبرة الأكبر لديهم درجة أعلى من الإنهاك النفسي من ذوي الخبرة الأقل.

1-8-3-12 دراسة Day et Chamberlain (2006) :

توصلت دراسة حول علاقة الحياة المهنية بالحياة العائلية تم تطبيقها على 1200 امرأة متزوجة تنشط في المصالح الإستشفائية بكندا و 1200 امرأة متزوجة من صفوف الشرطة الأمريكية ، أن ارتفاع الصراع بين الأدوار (المهنة و دور الزوجة) يزيد من التزام المرأة في دور الأم ولكن يؤثر سلبا و بمستوى خطير على العلاقة الزوجية كما قدر الوقت الذي تقضيه الزوجة في أداء المهام المنزلية يقدر ب 20 ساعة في الأسبوع بالإضافة إلى أوقات العمل بالمؤسسة فذلك يفوق بكثير أوقات عمل الزوج. (Mikula, 1998 ; Serrurier,2002) .

1-8-3-13 تعقيب :

لقد اختلف الدراسات كثيرا فيما يخص علاقة الجنس بالإنهاك النفسي فالبعض يؤكد أن المرأة و خاصة الزوجة أكثر عرضة للإنهاك النفسي مقارنة بالرجل و يرجعون السبب إلى المهام المنزلية التي تمثل عبئ يتراكم مع الأعباء المهنية و من بين تلك الدراسات نذكر :

دراسة منصور السيد (2001) ،جلولي شتوحي نسيمة (2003)، Boukortt &col (2004)، حاتم وهيبة 2005 ، دراسة هيو-جين Hui-Jen (2004) و دراسة تانج و بانج Tang & Pang (2006)

كما يؤكد الفريق الثاني أن الرجل أو الزوج أثر إنهاكا من الزوجة و من بين هذه الدراسات :

دراسة دافيدوإيادوين(David & Eadaoin (1995، وسام بريك(2003) وأهولا وآخرين Ahola,et.al 2005).

بينما يذهب الفريق الثالث إلى نفي تأثير الجنس في درجة التعرض للانهاك النفسي و منهم :

دراسة حسام محمود زكي علي (2008) ،زياد الطحاينة وسهى أديب (1996) ،فوزية عبد الحميد وعبد الحميد سعيد (2003) حاتم وهيبة 2005 و إبراهيم القريوتي وفريد الخطيب (2006).

الفصل الثاني
محيط الدراسة و خصائص مهنة الطب و التمريض

- تمهيد

2-1 ماهية المؤسسة الصحية العمومية

2-2 مهام الهيئة الطبية

2-3 أعضاء الهيئة الطبية

2-4 العلاقة بين الطبيب والمريض

2-5 خصائص مهنة الممرض

2_6 تقديم المصالح الطبية موضوع الدراسة

2-7 خلاصة الفصل

تمهيد:

اقترن المستشفى منذ الأزل بمجموعة من الأحاسيس السلبية و التجارب المؤلمة في أذهان البشر، فيعتبر مكان التألم و المعانات و الموت، فيواجه تلك العوامل يوميا ممارس الصحة العمومية بالإضافة إلى نشاطات كثيرة، متنوعة و مكثفة، يتطلب أدائها التمتع بمهارات عديدة، يرتبط بعضها بالجانب التقني و المعرفي، في حين يرتبط بعضها الآخر بالمعاملة والتعاطف، فإذا وفق الطبيب أو الممرض في علاج المرض يحضى بالقليل من التدعيم و الشكر، أما إذا خفق فانه يتلقى سخط المريض و أكثر من ذلك عائلة المريض، بالإضافة إلى نقص الوسائل و التجهيزات، و كثرة المرضى، و العمل بنظام المداومة ليلا و نهارا و حتى في أيام العطل و المناسبات، فهو مطالب بالتحلي بالصبر و الالتزام و الرحمة و العطف و المواساة، كما أنه مطالب بقدر عالي من الدقة و الإتقان و أي خطئ قد يودي بحياة المريض، و يجعله عرضة حتى لإجراءات قضائية أو إدارية مع أن الخطأ سمة الإنسانية ككل.

و ترتكز مهنة الطب و التمريض على التعامل مع شكوى المعلول و مساعدته على مواجهة الصعوبات و المشاكل الناجمة عن المرض، و عليه يجد الممارس نفسه محاصر باستمرار بمتطلبات الآخرين، الأمر الذي يفرض عليه جهدا مضاعفا لأداء المظهر التقني للمهنة من جهة و المظهر الإنساني من جهة ثانية.

و تشكل الرغبة و الاستعداد لمساعدة الآخرين و احترام حقوقهم و المساواة في معاملتهم و التعاطف، أهم القيم المهنية لهذه المهنة من جهة و مصدر من مصادر الضغط و الإنهاك المهني من جهة ثانية، إذ تفوق المتطلبات الخارجية قدرات الفرد فيصبح في حالة تعب بدني و انفعالي، حيث ينتج عن ذلك حالة انفعالية و شعور بعدم الفعالية، كما يفقد الشعور التعاطفي إزاء الآخرين فيصبح جاف في معاملاته، يشك في إمكانياته و قدراته على أداء مهنته و يقيم إنجازاته المهنية تقييما سلبيا مما يقلص نشاطاته و يؤثر سلبا على توقعاته المستقبلية (Maslach 1978).

و منه فعلى من يختار الطب أو التمريض مهنة له أن يفهم منذ البدء، أنها مهنة شاقة، تستلزم صحة جيدة و مزايا خاصة، من صبر و حنان و شفقة، و نضج عقلي، هذا بالإضافة إلى كونها مهنة شريفة، ترتكز على المبادئ الأساسية الفاضلة، و عليه أن يتحلى بالشعور بالواجب و بروح التضحية و بحسن

المعاملة و بعذوبة المخاطبة و الحفاظ على أسرار الغير، و عليه أن يحافظ على النظافة بمعانيها الواسعة: النظافة الشخصية، نظافة البيئة و المجتمع و نظافة السلوك. (سعيد الدجاني، 1984)

و من هذا المنطلق، و في إطار تطرقنا خلال الدراسة الحالية لموضوع علاقة الإنهاك النفسي بالتوافق الزواجي لدى ممارسي الصحة العمومية في المستشفيات الجامعية في الجزائر العاصمة، و لكي يتسنى للقارئ الإلمام بكل جوانب الموضوع، أوجب علينا عرض لمحة وصفية لميدان الدراسة عن طريق التطرق لماهية المستشفى و خصائص مهنة الطب و التمريض و كذا تنظيم العمل في المصالح موضوع الدراسة ، و يأتي هذا الفصل موضحا ذلك كما يلي :

2-1 ماهية المؤسسة الصحية العمومية :

يعتبر المستشفى نظام إنساني مقوّمه الأساسي هو الهيئة الطبية إذ بواسطة أعضائها يتم تقديم الخدمة الطبية للمرضى، علاوة على قيامهم بنشاطات أخرى كالتدريب وإجراء البحوث التي تستهدف ضمان تحقيق التشخيص الجيد ووصف العلاج الأنجع ومن هنا كان اختيار أعضاء هذه الهيئة بالنوعيات المطلوبة وبالأعداد المناسبة أمرا هاما لضمان تقديم هذه الخدمة بالجودة المناسبة وتأدية هذه النشاطات بكفاءة وفعالية .و لما كانت الهيئة الطبية على هذا القدر من الأهمية، وجب أن يكون هناك تنظيم يحدد واجبات ومسؤوليات وصلاحيات أعضائها للقيام بالمهام المنوطة بهم على ضوء مؤهلاتهم وخبراتهم.

فالطب والتمريض مهنة شاقة، تستلزم صحة جيدة و مزايا خاصة، فهي ترتكز على مبادئ إنسانية فاضلة، فعلى ممارسيها التحلي بالشعور بالواجب، بروح التضحية، بحسن المعاملة و خصوصا و هذا هو الأهم للحفاظ على أسرار المريض.

والطب المعاصر من الوجهة النفسية العلمية الضيقة، يرمي إلى الذهاب إلى أبعد حد ممكن، و الوصول إلى أكبر نسبة من فرص الشفاء فكثير ما يوفق المعالج و لكن لا يتأنى له ذلك في كل الأحوال، فالموت تبقى دائما بالمرصاد، فالتطورات أغفلت أن الحياة إنما هي حياة و موت، وعلاوة على هذا فقد أصبح الطب مطالبا بالإجابة على أسئلة لا يتسنى له الإجابة عنها، فإن وهم العظمة هذا طبق على الممرضين الذين هم مدعوون

للقيام بدور جبار يطلبه منهم المجتمع المدني للقيام به .لقد أضحت المستشفيات معازل للمعاناة للمرض و الموت، فغالبا ما نسمع الممرضين في مصالحهم يصرحون " أن حالة المرضى الذين يعالجون تسوء أكثر فأكثر

ومن بين العوامل المادية و المحيطية للإنهاك المهني تلك التي ذكرتها الجمعية الوطنية للتكوين المستمر لعمال المستشفيات لمنطقة لوران الفرنسية " ANFH " و المتمثلة في انعدام الوسائل و التجهيزات الطبية التي تساعد على أداء المهمة و عدم انسجام الطاقم الصحي الذي ينتمي إليه الممرض أو الطبيب، العجز أمام بعض الأمراض، نقص العمال و فقدان التعزيز و عدم التوصل إلى نتائج مفرحة و إيجابية في بعض المصالح كالإنعاش. (L'ANFH Lorraine 1995)

و في هذا الصدد قمنا بتقديم نظرة عن خصائص مهنة الطب قبل التطرق إلى الإنهاك المهني حتى يتسنى لنا فهم أكثر أهمية هذا الاضطراب و تأثيره على حياة الممارس العملية، الفردية والاجتماعية.

2-2 مهام الهيئة الطبية :

تؤدي الهيئة الطبية العديد من المهام التي تسهم بشكل مباشر في تحقيق أهداف المستشفى، ويعتبر القانون الأساسي الخاص بكل فئة مهنية هو المحدد الأول للمهام بالمستشفى ولمكانة الأفراد في التنظيم ، وقد نصت المادة 19 الخاصة بتحديد مهام الطبيب ضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين والمختصين في الصحة العمومية رقم 91_106 ، على أن مهام الأطباء تتحدد بالأعمال الآتية- :

-التشخيص والعلاج.
-حماية الأمومة والطفولة.
-الحماية الصحية في الوسط المدرسي.
-الحماية الصحية في الوسط العمالي.
-الوقاية العامة وعلم الأوبئة.
-التربية الصحية.
-إعادة التأهيل وإعادة التربية.
-الخبرة الطبية.
-التسيير الصحي.
-الفحوصات الوظيفية.
-التحليلات الطبية.

-المشاركة في تكوين موظفي الصحة

3-2 أعضاء الهيئة الطبية :

تكون فئات أعضاء الهيئة الطبية طبقا لنظام التدرج الوظيفي على النحو التالي:

الأستاذ المشرف على المصلحة :

وهو طبيب مختص له مستوى المكلف بالدروس ولديه خبرة تتجاوز ثلاث سنوات من الممارسة في هذا المستوى، وهو بصفة عامة حاصل على الدكتوراه في الطب وشهادة التعليم الطبي المتخصص، بالإضافة إلى مستوى المكلف بالدروس، وغالباً ما يتولى رئاسة المصالح الطبية، وهو يمثل قمة الهرم ضمن الفرقة المعالجة، ويعمل على التنسيق بين مختلف الفرق، إلى جانب اهتمامه بالبحث العلمي وتوزيع المهام ووضع البرامج المختلفة، كما يشرف على القضايا المتعلقة بالوسط الخارجي للمصلحة(التمويل بمختلف المواد ، تنفيذ التوجيهات الإدارية وحضور الملتقيات العلمية....

الطبيب المكلف بالدروس:

وهو طبيب مختص مساعد حاصل على دكتوراه في الطب ، بالإضافة إلى شهادة التعليم الطبي المتخصص ، وله خبرة تتجاوز الأربع سنوات في هذا المستوى تؤهله لذلك وهو يهتم بالعلاج والتعليم والبحث العلمي وغالبا ما يكون المكلف بالدروس رئيس قاعة أو مستوصف.

الطبيب المساعد:

وهو طبيب مختص حاصل على شهادة الدكتوراه في الطب وشهادة الدراسات الطبية المتخصصة ، ولديه خبرة تفوق السنة من العمل ، ويقوم بمهام العلاج والبحث العلمي ، وهو غالباً ما يتولى رئاسة قاعة علاجية في حالة عدم وجود المكلفين بالدروس.

الطبيب المقيم:

يمكن اعتباره طالب في مستوى ما بعد التدرج، حاصل على الدكتوراه في الطب ويحضر لشهادة التخصص كما يمكن اعتباره عنصر من الفئة المهنية، إذ يتقاضى أجرًا شهريًا عن العمل الذي يقوم به، يساوي ما يتقاضاه

الطبيب العام وهو يقوم بمهام العلاج والتعليم للطلبة الداخليين والخارجيين والمساعدة في تحضير امتحاناتهم ، إلى جانب التحضير للتخصص ويشرف الأستاذ بشكل مباشر على تقييمهم.

الطبيب العام : وهو الطبيب الحاصل على شهادة دكتوراه في الطب ، أو شهادة معترف بمعادلتها ، ويقوم بالمهام التي نصت عليها المادة 19 الخاصة بالقانون الأساسي للممارسين الطبيين والمختصين في الصحة العمومية، عن مسعودي (2003).

2-4 العلاقة بين الطبيب والمريض :

يعتبر J.Stoezel (1960) العلاقة (طبيب مريض) أنها أو ً لا وقبل كل شيء علاقة بين دورين معروفين من قبل وهي تنشأ بين شخصين الأول يعاني ويطلب المساعدة والثاني يمتلك المعارف والتقنيات التي بفضلها يمكن التخفيف من هذه المعاناة . هذه العلاقة أساسا هي علاقة غير متجانسة مبنية على الاختلافات بين المكانتين والدورين الخاصين بالطبيب وبالمريض.

يعتبر الحياد العاطفيNeutralité affective من بين العناصر الأكثر أهمية في العلاقة العلاجية والتي تسمح بتعاطف الطبيب مع مريضه ، ويقصد بالتعاطف هنا Empathie ، القدرة الحدسية على وضع أنفسنا مكان الغير ،وإدراك ما يحسه الآخر(Deniker & Lemperiene, 1990) .

والطبيب يحافظ على مسافة تميزه عن مريضه وتسمح له بالاحتفاظ على وضعية الملاحظ وهذا ضروري لفعالية التشخيص والعلاج، ويتجلى لنا حسبHollender (1958) ثلاث مستويات من العلاقة (طبيب مريض):

- **المستوى الأول**: تصرف الطبيب وسلبية المريض : المريض هنا يكون متعلقاً كلياً بالطبيب الذي يمارس نشاطه دون أي قيد ، ومثل هذه العلاقة نجدها في الاستعجالات و الجراحة العامة (إصابات خطيرة ، تدخلات جراحية ، غيبوبة ...إلخ).
- **المستوى الثاني**: توجيه من طرف الطبيب وتعاون المريض ، وهو الشكل الذي تأخذه غالباً العلاقة العلاجية ، فبعد وضع التشخيص ووصف الدواء يتوجب على المريض قبول التعليمات والتعاون مع الطبيب.

- **المستوى الثالث**:مساهمة متبادلة بين الطبيب والمريض : هذا النموذج ضروري خاصة لما يتعلق الأمر بالأمراض المزمنة ، فالطبيب هنا يساعد المريض على مساعدة نفسه (Moor , 1972).

لكن مهما اختلف المستوى يبقى الهدف من العلاقة (طبيب مريض) هو التوصل إلى العلاج الذي يناسب المريض أكثر ، فمنظومة العمل الطبي كلها موجهة نحو الإنسان وقيمة الفعل الطبي لا تكمن فقط في التقنية ولكن تشمل العلاقة بين الطبيب والمريض في بعدها الإنساني .

2-5 **خصائص مهنة الممرض :**

للتمريض قواعد و أساليب فنية، إضافة إلى مهارات مكتسبة و متطلبات أساسية و لها خصائص نذكر منها ثلاثة محاور هي:

1-المسؤوليات التي ينبغي على الممارس الاستطلاع عليها.

2-المواصفات التي ينبغي أن تتوفر في الممارس لأداء مهامه.

3-الأخطار المتعلقة بالمهنة .

سنتطرق أولا للتحدث عن **المسؤوليات الملقاة على عائق الممارس في الصحة العمومية** و هي متعددة نذكر من بينها **المسؤوليات المهنية العامة** و التي تحتوي بدورها على متطلبات كثيرة، نسرد منها ممارسة المهنة في إطار قانوني و سياق صحي معروف، مع الاجتهاد عن المواظبة و الاستمرارية في تطوير و تحديد المهارات المناسبة حسب تطور العلوم، و تبعا لمجال النشاط يتخذ الطبيب الممرض التدابير الكفيلة للحفاظ على أمن المريض و أمنه الشخصي، إسهاما منه للحفاظ على الصحة العمومية و ترقية السكان بالنوعية الفعالة لضرورة الصحة في المجتمع و خصوصا تكلفتها، مما يؤدي بنا للانتقال إلى محور آخر يخص **المسؤوليات المتعلقة بالعلاج** .فمن مسؤوليات الممرض توفير العلاج لفائدة الأفراد و المجموعات على اختلاف سنهم و سواء أكانوا بصحة جيدة أو محل خطر، أو مصابون بأمراض مزمنة بغض النظر عن مكان تواجدهم) المستشفيات، المؤسسات الطبية الاجتماعية، مستوى الشركات،(...، فعليه إيجاد منهجية منظمة و علمية تمكنه من تقديم العلاج و إسعاف المريض، مع تحمل المسؤولية الكاملة في تطبيقه .و لهذا عليه استبقاء كل

المعلومات الضرورية لأداء مهامه و تحليلها تحليلا دقيقا إضافة إلى القيام بتشخيص عيادي خاص به، من أجل ضبط أهداف العلاج، و من تم اختيار العمليات المناسبة للتطبيق حسب كل احتياج، فعليه بتقييمها لإيجاد طبيعة التعديلات الضرورية التي يجب إدخالها عليها، لان تقديم العلاج المناسب قائم على ما توصل إليه التشخيص العيادي الخاص بالممرض.

من مسؤوليات الممرض أيضا، الحفاظ على تطوير النشاطات اليومية كالنظافة و الراحة و العلاقات مع بقية الفريق، تزامنا مع تطوير نشاطات الوقاية و إعادة التأهيل، كإيجاد التدابير اللازمة و الدعم و التشجيع و هذا كله لفائدة المريض و أقاربه كل حسب حالته و قابليته للتجاوب، إضافة إلى وجوب إعلام المريض و تزويده بالمعلومات الضرورية المواتية قصد طمأنته و تشجيعه للقيام بالنشاطات و اتخاذ القرارات بكل حرية و تمعن، هذا من جانب المريض، أما من جهة الأقارب، فعلى الممرض أن يلعب معهم دور تربوي و توجيهي في آن واحد. إن الممرض مطالب للمشاركة في اتخاذ التدابير العلاجية و التشخيصية الطبية، مما يستلزم عليه التحكم في وصف الأدوية اللازمة و اتخاذ الإجراءات العلاجية الملائمة، مع تتبع حالة المريض و مراقبة تطورها، و ذلك لا يتم إلا بتقديم المعلومات الضرورية و اللازمة على النحو اللائق، أي أن تكون كاملة مضمونة اتجاه الأشخاص المعنيين، هذا مع الحالات العادية .أما الحالات الاستعجالية، فعليه تطبيق الإجراءات الاستعجالية التي تتطلبها الحالة الإكلينيكية، و ضمان نوعية العلاج و استمراريته مع تفادي الهفوات التي من شأنها أن تعرض حياة المريض للخطر، ثم بعد ذلك، الحرص على المساهمة في إجراء عملية تقييم لذلك العلاج من حيث نوعيته و كميته، و هذا من فائدته أن يجعله يساهم في الحفاظ على الصحة و ترقيتها في صالح الأفراد و الجماعات عن طريق النشاطات الوقائية و التربية الصحية للأفراد، و هذا ما يجعلنا نشير إلى ضرورة إجراء أبحاث في مجال العلاج الخاص بالممرض، و المشاركة ضمن مجموعات العمل في إطار المؤسسة، أو التنظيم لبعث روح البحث و التجديد في نفسية الممرض.

نتطرق إلى **مسؤولية أخرى للممرض و هي المرتبطة بالتسيير و التنظيم و الإدارة** .فهي تتعلق بإنشاء مخطط زمني تنظم وفقه نشاطات مجموعات صغيرة من الممرضين، آخذا في الحسبان الضغوطات و الطاقات

الداخلية و الخارجية، بالإضافة إلى تنسيق العمل الجماعي لكل الممرضين، و ذلك بتقسيم النشاطات وفقا لحجمها، و تبعا لدرجة تفقد العلاج، علاوة على مؤهلات العمال و هذا كله يهدف إلى تحقيق العناية المثلى للمريض. زيادة على ذلك، تضاف للممرض مسؤولية إنشاء ملفات العلاج و الإحصاءات المتعلقة بالمرض، و كذا العمل جماعيا على بلورة الخيارات العلاجية التي تتلاءم و فلسفة المؤسسة أو التنظيم، و الحرص على تحقيقها و تقييم نتائجها .فعليه التحكم كما سلف الذكر في المعارف الحديثة و الاطلاع على وسائل العلاج و الإعلام و التسيير و التنظيم و التقنيات الجديدة و ضرورة التأكد على الاستعمال المناسب للوسائل حفاظا على البيئة من جهة، و من جهة أخرى لصيانة هذه الوسائل من التلف .فعليه الحرص الشديد على تحاشي النقائص، باللجوء دوريا إلى الطلبيات و عمليات الجرد اللازمة.

و علينا أن نذكر جانبا مهما في مهام الممرض، و هو المشاركة الفعالة في تكوين فريق للمرضين بمحاولة إيجاد جو مناسب للعمل الجماعي، و ذلك عن طريق وضع حلول مناسبة للصراعات التي ما تلبث أن تنشئ وسط هذا الفريق، و ذلك لمختلف الأسباب ككثرة العمل، الإرهاق، ...و يتكفل الممرض أيضا **بمسؤولية العمال**، إذ انه يتعهد استقبال عمال المصلحة الجدد من ممرضين و طلبة و يتولى تأطيرهم و مراقبتهم، و يشارك أيضا في تقييم إنجازاتهم وفقا لمستواهم و بناءا على الأهداف المتوخاة في تكوينهم، و من هنا يمكنه المشاركة في تحديد المتطلبات الضرورية لتكوين فريق الممرضين الجدد، و لا يتوقف عمله إلا على هذا بل عليه تسيير نشاطات الفريق و تنسيقه و معاينته، علاوة على بلورة مخطط الإجازات و العطل، و كل هذا عن طريق التفويض.

انتهينا من محور المسؤوليات، و سندخل **في محور المواصفات التي ينبغي أن تتوفر في الممرض لأداء مهامه**، من بينها **المتطلبات الفكرية** و المتمثلة في وجوب تحكم الممرض في اللغة كتابيا و شفهيا، و كذا تمكنه من المعارف و المهارات المرتبطة بالمجالات المهنية الخاصة بالتمريض و العلوم شبه الطبية و الإنسانية و التي ستمكنه من تحديد المؤشرات و فك الإشارات مع

التحليل الدقيق و الربط بين عوامل مختلفة و ذات طبيعة متباينة، كإنجاز المشاريع و تحقيق الأهداف و إجراء العمليات التقييمية مع إمكانية تسطير الأولويات، نذكر منها :تنظيم البرامج و تعديلها و إحكامها في أي وقت من الأوقات، و هذا لا يكون إلا بتركيز الانتباه إلى عدة أمور متزامنة و غالبا ما تكون متقطعة.

و على الممرض أن يتمكن من مزاولة نشاطه العملي في مختلف الظروف و الأحوال، كأن يعمل تحت أنظار أشخاص خارجين، و عليه التحلي بالمهارة و الترقب و الحدس و الثقة في العمل و التخطيط كذلك و خصوصا قابليته على التفاوض و المشاركة و الاستدلال و اتخاذ القرارات و التقييم الشخصي بهدوء وا تزان كاملين .و ثاني صفة من مواصفات الممرض تتمثل في **المتطلبات العقلية و الاجتماعية و العلائقية** التي تمكنه من مواجهة الضغوطات النفسية و الجسدية الناجعة عن مختلف الحالات، و كذا تحمل كثافة النشاطات دون أن يهمل تحديد المشاكل ذات الطابع الأخلاقي، فنجده يحاول تسييرها فضلا عن مساهمته في حلها و هذا كله بمراعاة سر المهنة و العمل، فعليه أن يتميز بكفاءة فض الصراعات و الأزمات و معالجة الحالات النفسية المترتبة عن وشوك الوفاة، و كذا الحالات الميئوس من علاجها، و استمراره في تقديم العلاج للمرضى الذين يعانون من مرض مزمن، أو الذين أوشكوا على الوفاة أو المتأثرون بنوبات صحية جسدية أو عقلية، أو مشاكل اجتماعية، و الاعتناء بالأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الاتصال، أو الميالون إلى العدوانية و العنف الجسدي أو اللفظي.

فعلى الممرض توفير العلاج للأشخاص على اختلاف أعمارهم و ثقافتهم، دون أي تمييز و مع شتى الظروف و في مختلف الأماكن، و عليه أن يثبت قدرته على مراجعة نفسه و إعادة النظر في أعماله بعد كل الجهود التي يبذلها، بغض النظر عن الضغط السيكولوجي الذي يؤثر عليه طيلة عمله، فهو أولا و أخيرا إنسان عادي تزاوله الشكوك فبرغم مكتسباته العلمية و المهنية تجده أحيانا غير متأكد من جدوى و فعالية العلاج الذي يقدمه .و من جهة أخرى عليه اتخاذ قرارات سريعة و دقيقة و حساسة في نفس الوقت، و يتوجب عليه السرعة في العمل، و هذا كله ببرودة أعصاب و هدوء .فتحت كل هذه الضغوطات، يتوجب عليه أن يتردد من طلب يد

العون و إقامة علاقات مهنية حميمة و تنشيط حوار فردي و ترأس لقاءات جماعية و كذا نسج علاقات مع العمال و المسئولين و التعاون مع طبقات عمالية مختلفة تساعده على تحمل عبء

العمل و تعيينه على إنجاز الأعمال الفردية فعليه إذن تبني هيئة و تصرفات مهنية ملائمة لوضعيته.

بعد هذا الجانب الفكري و العقلي نتطرق إلى الجانب الجسدي الذي يرتكز على قدرة الممرض لإنجاز مهام و أعمال كثيرة جدا، تتطلب قوة كبيرة تمكنه من التنقل إلى مختلف الأماكن و بأسرع ما يمكن لإعطاء شتى العلاجات و في وضعيات مختلفة و أغلبها شاقة، و مرات عديدة يتوجب عليه رفع أثقال مختلفة، زيادة عن اضطرابات فترات الراحة، النوم و الغذاء، والقدرة على العمل ضمن فريق دون انقطاع ليل نهار، و على امتداد أيام الأسبوع، و هذا كله دون التحلي بل وجوب احترام التعليمات الاستثنائية الخاصة بالنظافة و الأمن

آخر محور نتحدث عنه هو الأخطار المتعلقة بمهنة الممرض، فهي كما ذكرنا آنفا مهنة شاقة و خطيرة في آن واحد، تتطلب قوة جسدية و سيكولوجية تؤدي به أحيانا فقد الحماس في العمل، و أحيانا أخرى إلى الانهيار العصبي و العدوانية سواء اتجاه نفسه أو اتجاه الآخرين، هذا من جانب، و من جانب آخر قد تصيبه عدة إصابات جسدية، ابتداء من آلام و تشنجات عضلية على مستوى الظهر، أضف إليها خطر الإصابة ببعض الأمراض و العدوى، زيادة عن خطورة التعامل مع بعض المواد الخطيرة جدا على حياة الشخص الذي يكون عرضة لها لأوقات طويلة، و في الأخير نذكر الاضطرابات

الحاصلة في حياته الاجتماعية و العائلية جراء تخلخل مواعيد النوم و الأكل و الراحة و تأثير المحيط الذي يعمل ضمنه على نفسيته (Association suisse des infirmiers,1998) .

6_2 تقديم المصالح الطبية موضوع الدراسة :

لقد ركز الدراسة على مصالح الرعاية الطبية و التمريضية الحرجة (العناية الكثفة) و المتمثلة في ثلاث مصالح (مصلحة الاستعجالات، مصلحة الإنعاش، و مصلحة الجراحة العامة) كي يتم التطبيق بها، و ذلك لاستحالة التطبيق على كل مصالح المستشفى مما يتطلبه من وقت وجهد و إمكانيات أخرى، و تم اختيار تلك المصالح للأسباب التالية:

- تحوي على معظم الاختصاصات الطبية، و كذا العمليات و المهام الرئيسية التي يتولاها معظم الممرضين .
- تحوي معظم الضغوط التي قد يواجهها محترفي الصحة في مسارهم المهني .
- تعتبر من المصالح الحساسة و المهمة في المستشفى .
- تعتبر من المصالح التي تسجل أكبر إقبال للناس .
- تسجل هذه المصالح أعلى مستوى من الوفيات مقارنة بالمصالح الأخرى.

و قد أشارت العديد من الدراسات في هذا المجال أن الممارسين العاملين بمصالح العناية المكثفة يعانون من الاكتئاب و القلق بدرجة أعلى من العاملين في المصالح الطبية الأخرى،(ما توصلت اليه نتائج دراسة Benti ET Michie عن البدوي 2000، ص1) ، و قد أيدت هذه النتيجة دراسة (يوفيما Ufema) التي أشارت الى أن مشاعر قلق الموت و الخوف و الاكتئاب التي تنتاب المرضى تتحول الى الممرضات و تنتقل اليهن (النيال 1991 ص111) عن رجاء مريم 2008.

فتعرف مصالح العناية المكثفة أنها مصالح تعتني بالأمراض الخطيرة و المستعصية ، فقد زاد حجم العمل بمصلحة الاستعجالات تبعاً للازدياد المطرد في الأمراض التي تفاجئ الإنسان في أي وقت وفي أي مكان كالإغماء ، التسمم و الذبحة الصدرية ولكثرة الإصابات التي قد تحدث له بسبب حوادث المرور وإصابات العمل والاعتداءات الجسدية أو نتيجة للحرائق والانهيارات والزلازل والفيضانات، وتقوم مصلحة الاستعجالات بدور هام في مجال الرعاية الطبية وذلك على النحو التالي:

أ_ المساهمة في إنقاذ الحالات الحرجة بتقديم الإسعافات الضرورية لهذه الحالات في مكان وقوع الإصابة ، والعناية بها أثناء نقلها إلى القسم ، ويقوم بهذه العناية المسعف وهو عادة شخص متمرس ومدرب على التعامل مع هذه الحالات ، وقد يتم في بعض مصالح الاستعجالات الاهتمام بتقديم العناية أثناء نقل المرضى ، عن طريق طبيب متخصص في مجال الاستعجالات ، وتحرص هذه المصالح على أن يكون الطبيب موجوداً في وسيلة النقل وتكون عادة مزودة بالأجهزة والمعدات التي يحتاجها في مثل هذه الحالات. وهناك أقسام تجمع بين خبرة المسعف وعلم وخبرة الطبيب المتخصص في تقديم العناية والإسعافات الضرورية الأولية للمريض أو المصابين أثناء نقلهم ، إذ تحرص على أن يكون هناك اتصال مباشر بواسطة اللاسلكي بين المسعف في موقع الإصابة والطبيب المتخصص في مصلحة الاستعجالات ، يتم من خلاله الاستفسار وعرض الحالة وطلب المشورة وتحديد الخطوات والتعليمات واجبة التنفيذ ، وهذا الأسلوب يوفر مزايا متعددة من أهمها :إمكانية تقديم مشورة وعلم وخبرة الطبيب لأكثر من حالة ، وكذلك ضمان زيادة فاعلية الأدوار التي يقوم بها المسعفون ، الأمر الذي يزيد احتمالات إنقاذ المريض أو المصاب، علاوة على تهيئة الحالة للتعامل معها فوراً حال وصولها القسم على ضوء ما توافر من معلومات خلال الاتصال ، بما يضمن توفير دقائق غالية قد يكون المريض في أمس الحاجة إليها.

ب_ العناية الفورية والعاجلة بجميع الحالات الحرجة التي ترد إلى مصلحة الاستعجالات كحالات التسمم والكسور المضاعفة والجروح القطعية والسكتة القلبية أو الدماغية والنزيف الحاد ،وإدخال ما يحتاج من هذه الحالات للخدمات الطبية المتخصصة جراحة ، عناية مركزة (بالمستشفى)

ج_ فرز الحالات التي ترد إلى القسم لتحديد نوعية الرعاية التي تلزم كل حالة ، وكذلك أولويات تقديم هذه الرعاية، على ضوء مدى خطورة كل حالة. وفيما يلي تصنيف لهذه الحالات مع توضيح الأولويات الخاصة بها: الحالات التي يكون اضطراب وظائف جسم المريض فيها حاداً وتستلزم عناية طبية فورية ومباشرة ، ويكون في تأخير تقديم هذه العناية تهديد لحياة المريض أو تعطيل لوظائف جسمه ، وهذا ما أصطلح على تسميته ب " الحالات الطارئة " ومن أمثلة هذه الحالات:

(صعوبة التنفس، السكتة القلبية، زرقة البشرة، التريف الدموي الحاد، إصابات الرأس الخطرة، حالات الإغماء، التسمم و ارتفاع الحرارة إلى ما فوق 40 ٥)

الحالات التي تتهدد فيها حياة المريض إذا لم تقدم له العناية الطبية في خلال ساعات قليلة ، وقد أصطلح على تسمية هذا النوع من الحالات ب " الحالات العاجلة " ومن أمثلتها:

(الحروق، الكسور المضاعفة، إنحباس البول، الآلام الحادة، دخول أجسام غريبة في العين و ارتفاع الحرارة إلى ما فوق 40 ٥)

الحالات التي يحتاج فيها المريض لخدمات مصلحة الاستعجالات بسبب انتهاء موعد دوام العيادات الخارجية بالمستشفيات في أيام العمل العادية والعطلات الرسمية ، أو عدم وجود أطباء خصوصيين بعياداتهم الخاصة ويكثر غالبا مراجعة هذه الحالات لمصلحة الاستعجالات في الفترة المسائية إلى ما قبل بدء دوام العيادات الخارجية في صباح اليوم التالي ، ويطلق على هذا النوع من الحالات " الحالات المرضية العادية " أي التي ليست طارئ و لا عاجلة ومنها :أوجاع الرأس البسيطة، أوجاع الظهر المزمنة، التهاب الحلق والحنجرة و آلام في الأذن... (عن مسعودي ، 2003)

كما تسجل مصالح الانعاش موضوع الدراسة أعلى نسب الوفيات مقارنة بالمصالح الأخرى حيث تبين نتائج دراسة (Marie-Cécile PONCET & Elie AZOULAY 2007) أن 80 % من حالات الوفيات تكون في المستشفى ، كما أن أغلبية تلك الحالات تكون بمصلحة الانعاش.

و من جهة أخرى فالإنعاش réanimation بمعناه الواسع يعتبر مجموعة الطرق والتقنيات القادرة على إعادة المريض المخطر أو الجريح المخطر إلى الحياة، وتستخدم في سبيل الإنعاش كل وسائل التنفس الصناعي، وتسريب الماء والشوارد والبروتين إلى الدم، وتنقيةُ فضلات الاستقلاب، والأدويةُ الواقية والمنبهة ،ولما كان الإنعاش يتطلب درجة من الاختصاص فقد أحدثت شعب مختلفة لكل اختصاص كالإنعاش القلبي والكلوي والجراحي والطبي، تستقبل مصالح الإنعاش المرضى المصابين بآفات شديدة التنوع من التسمم بأكسيد الفحم حتى الحروق والصدمات الجراحية والقصور الكلوي وغير ذلك ،ويتم الإنعاش في ثلاث مراحل:

ففي المرحلة الأولى يجب توفير التهوية الرئوية المجدية والاستمرار فيها حتى يتمكن المصاب من القيام بها بنفسه، وذلك بفتح طريق الهواء بإمالة الرأس نحو الخلف، ورفع الرقبة ودفع الذقن إلى الأمام، وتنظيف الفم و البلعوم بالإصبع، ومص المفرزات من البلعوم، وتنبيب البلعوم وتنبيب الرغامى، ومص المفرزات الرغامية القصبية وخزع الرغامى إن لزم الأمر ويلي ذلك توفير الدوران الصنعي بالضغط على القلب والسيطرة على النزيف ورفع الطرفين السفليين لمعالجة الصدمة، ويجب الاستمرار في هذا العمل الإسعافي مدة لا تقل عن ساعة (حين وجود القناعة بأن الحالة قابلة للإنقاذ).

وفي المرحلة الثانية يتم الدعم المتقدم للحياة، واستعادة الدوران التلقائي، واستقرار الجهاز القلبي الرئوي ونقل الأكسجين الشرياني نقلاً قريباً من الطبيعي إلى كل الأجهزة والنسج المحيطة وذلك بإعطاء الأدوية والمصول عن طريق الوريد، وتخطيط القلب ومعالجة الرجفان بالصدمة الكهربائية.

أما المرحلة الثالثة فتهدف إلى تطبيق العناية المشددة التالية للإنعاش، وتحديد سبب توقف القلب ومعالجته، ودراسة إمكانات إنقاذ المريض، وبذل الجهد لمعالجة الاضطراب الفكري، بتطبيق طرائق جديدة في إنعاش المخ إضافة إلى إطالة أمد العناية إلى أن يستعيد المريض وعيه، أو يتفق رأي الأطباء على كتابة شهادة بموت الدماغ، وتتكوَّن لديهم القناعة بأن الإصابات المرافقة بليغة لدرجة تجعل أي جهود إنعاشية إضافية مضيعة للوقت.

كما تعرف الجراحة على أنها تقنية طبية ترتكز على التدخل الطبي لعلاج الأنسجة المصابة، كقاعدة عامة أي إجراء يحدث فيه شق في الأنسجة أو يُخاط فيه جروح من إصابات سابقة يعتبر عملية جراحية، وهناك إجراءات أخرى لا تتبع تحديدا هذا الوصف كالقسطرة أو التنظير ,ولكنها قد تعتبر إجراءا جراحيا أيضا في حال تضمنها تحضيرات اعتيادية للعمليات الجراحية كالتخدير والبيئة المعقمة والأدوات الجراحية والخياطة أو التدبيس. تعتبر جميع أنواع العمليات الجراحية إجراءات غازية، لذلك يتم الإشارة إلى الختان الذي لا يتم فيه اختراق أنسجة بالجراحة اللاغازية مثل التذرية الليزرية للقرنية وقد يدخل تحت هذا الوصف الجراحات الإشعاعية كالتي تستخدم في العلاج الإشعاعي للأورام.

وتُصنف الإجراءات الجراحية بحسب عدة عوامل كمدى خطورة الحالة، نوع الإجراء، العضو أو الجهاز المراد معالجته، درجة الغازية، الأدوات المُستخدمة: الجراحة الاختيارية: هي الجراحة التي تهدف لتصحيح حالة مرضية غير مهددة لحياة المريض، وعادة وتُجرى هذا النوع من الحالات بحسب طلب المريض وبحسب توافر الجرّاح والمرافق الطبية. الجراحة الطارئة: هي الجراحة التي يتم إجراءها لإنقاذ حياة المريض ،المحافظة على أحد أطرافه أو لتمكين أحد الأعضاء من أداء وظائفه. الجراحة الاستكشافية (التمهيدية): يتم إجراء هذا النوع من العمليات لغرض تأكيد وتدعيم تشخيص الحالة المرضية. الجراحة العلاجية: يهدف هذا النوع من العمليات إلى علاج حالات شُخصت مسبقا. البتر: قطع أحد الأطراف أو الأصابع ، إعادة الزراعة: يتم خلالها وصل جزء من الجسم كان مقطوعا، جراحات إعادة البناء: التي تهدف إلى إعادة بناء الأعضاء المشوهة أو المصابة، الختان:هو قطع الجزء الخارجي لعضو أو نسيج ما.

خلاصة الفصل:

لقد وجد أنه في المهن الطبية يزداد عدم التوافق الزوجي والطلاق وأيضا الاكتئاب والانهاك النفسي حيث تبلغ نسبة الانتحار أعلاها في الأطباء اختصاصيي الجراحة و الانعاش ثم يليهم أطباء العيون ثم الأطباء الاستعجالات (سلطان المطيري 2007) ، فمصالح العناية المكثفة soins intensifs تحوي الكثير من الضغوطات و الارغامات النفسية و الوظيفية العالية كما أنها تتطلب درجة عالية من الدقة و الحرص و الاحترافية حيث أي خطئ أو تهاون يودي لا محال بحياة المريض ، ولذى تذهب الدراسة الحالية الى محاولت الكشف عن الحالة النفسية للممارسين في تلك المصالح و ذلك بالاهتمام بالحورين (البيت و العمل) أي علاقة الانهاك النفسي بالتوافق الزواجي.

الفصل الثالث
الإنهاك النفسي

- تمهيد

3-1 مفهوم الإنهاك النفسي

3-2 تعريف الإنهاك النفسي

3-3 مراحل تطور مفهوم الإنهاك النفسي

3-4 الإنهاك النفسي وبعض المفاهيم الأخرى

3-5 مراحل حدوث الإنهاك النفسي ومستوياته

3-6 نظريات الإنهاك النفسي

3-7 مصادر الإنهاك النفسي

3-8 مظاهر الإنهاك النفسي

3-9 مراحل تطور الإنهاك النفسي

3-10 الأساطير المرتبطة بالإنهاك النفسي

3-11 مؤشرات الإنهاك النفسي

3-12 مواجهة الإنهاك النفسي والتخفيف من آثاره

3-13 الإنهاك و التكيف المهني coping

3-14 الضغوط و الإنهاك النفسي لدى الأطباء و الممرضين

3-15 خلاصة الفصل

تمهيد:

تفرض الحياة المعاصرة متطلبات و ظروف جديدة و متغيرة باستمرار تساهم في معايشة الأفراد لضغوطات مختلفة فالبيت و في المدرسة و في الشارع و في العمل...هناك من يستطيع التوافق معها و التغلب عليها مستعينا بمختلف الطرق و الوسائل التي تساعده على ذلك، و هناك من يستسلم لها، فيقع فريسة للاضطرابات النفسية و سوء الصحة النفسية و الجسدية.

الضغط " Stress " مصطلح كثر ما نسمعه في أيامنا هذه، فقد زادت الضغوط على كاهل الفرد مما قد يشعره بعدم الأمان، بل قد يمثل عقبة أمام بعض الأفراد، و يعتبر هانس سيلي و هذا حسب معظم الدراسات، الرائد الأول الذي قدم مفهوم الضغط إلى الحياة العلمية فقد كان متأثرا بفكرة أن الكائنات البشرية يكون لها رد فعل للضغوط عن طريق تنمية أعراض غير خاصة وذكر أن الضغوط يكون لها دور هام في إحداث معدل عال من الإنهاك و الانفعال الذي يصيب الجسم، إذ أن أي إصابة جسمية أو حالة انفعالية غير سارة كالقلق و الإحباط و التعب و الألم لها علاقة بتلك الضغوط (عن عبد الفتاح محمد، 1999).

كما تحول الضغوط و الارغامات المهنية دون قيام العامل بدوره كاملا، الأمر الذي يساهم في شعوره بالعجز عن تقديم العمل المطلوب منه بالمستوى الذي يتوقعه الآخرون، ومتى حدث ذلك فإن العلاقة التي تربط العامل بعمله تأخذ بعدا سلبيا له أثار مدمرة على العملية المهنية ككل، ويؤدى هذا الإحساس بالعجز مع استنفاذ الجهد إلى حالة من الإنهاك والاستنزاف الانفعالي يمكن تعريفها بالإنهاك النفسي Burn out .

تجدر الإشارة إلى أن الإنهاك النفسي ليس بضغط حاد لكنه تكرار لضغط مزمن في إطار مهن، و ينشأ الإنهاك النفسي من وهن أو تلف الطاقة الحيوية تسببه متطلبات مفرطة نفرضها على أنفسنا أو يفرضها علينا محيطنا، و قد تباينت استخدامات الباحثين في ترجمة المصطلح الإنجليزي Burn out حيث يشار إليه في البحوث و الكتابات العربية بمفاهيم عدة منها الإنهاك النفسي، الإعياء المهني، الاحتراق النفسي و كلها تسميات تدل على حالة من الإنهاك.

و هو شعور عام بالإجهاد و درجة عالية من الإرهاق يتعرض له الفرد نتيجة للضغوط الكثيرة التي يعايشها في عمله، و التي تعوقه عن أداء وظائفه بشكل طبيعي (هيجان ، 1998).

كما يعد المثاليون ، رغم المهارات التي يتمتعون بها ، أكثر الأفراد عرضة للإصابة بالإنهاك النفسي خاصة أولائك الذين يعملون بمصالح الخدمات الإنسانية كالطب و التدريس و الإرشاد ، و ما تتطلبه هذه المهن من التدخل في حالات صدمية ذات صلة باعتداء جسدي أو جنسي أو مرض مزمن كالسيدا مثلا، فكل هذه التدخلات تستوجب من العاملين في القطاع كميات هائلة من الطاقة و المرونة للتعامل معها، كما يتسمون بالعطاء و التعاون و حب الغير والشعور بالواجب و بروح التضحية و بحسن المعاملة ولو كان ذلك على حسب صحتهم و تكرار هذه التدخلات من يوم لآخر ، غالباً ما يُنهك الفرد و يحط من تفاؤله و تحفزه (1991 Mc Raith).

و عليه تعد مهن المساعدة قطبًا للمشاكل المذكورة آنفا، و مصدرًا أساسيا للضغط المهني مما يتطلب على العاملين بهذه القطاعات القدرة على مواجهة جملة من المشاكل المتنوعة و المتعددة و التي غالبا ما تتسم بالغموض و الصراع و خاصة في محيط المؤسسات الاستشفائية.

كما أن الإنهاك النفسي يعبر عن مشكل وجودي من جهة لأن الممرض أو الطبيب يواجه معاناة المرضى الذي يعالجهم، و من جهة أخرى يعاني من أزمة الهوية، و هذا ما يعطي للإنهاك النفسي وضعية مزدوجة تتمثل في كونه عرض فردي و اجتماعي على حد السواء.

ويعتبر الإنهاك النفسي من أخطر ما يمكن أن يصل إليه الفرد، حيث إنه أعلى مراحل الضغوط، لهذا ذكر (بينس،و كينان 2005 Pines & Keinan) أن الإنهاك النفسي ينشأ نتيجة كثرة الضغوط، وعدم التوافق معها بطريق مناسبة ، مما قد يؤدي لفقدان الفرد المعنى في عمله وشعوره بأن العمل ليس له قيمه، بل قد يعمم تلك النظرة لباقي مجالات الحياة و في أولها الحياة العائلية، مما قد يوجد لديه الرغبة لترك عمله، لذلك فإن التعرض له يمثل خطرا كبيرا، فلنا أن نتخيل الوضع لو أنه تفشى بين الأطباء و الممرضين الذين

نحن بأمس الحاجة إلى رعايتهم ، مما قد يجعلهم يرتكبون أخطاء مهنية وخيمة على الممارس و المريض بالدرجة الأولى و كذا على عائلة المريض و المستشفى و المجتمع ككل.

لقد لوحظ خلال السنوات الأخيرة اهتمام متزايد بظاهرة الإنهاك النفسي في المهن التي تقدم المساعدة و العون للآخرين، و تجسد ذلك في عدد من الندوات و الدراسات التي تناولت الموضوع في ضوء تزايد الاهتمام بالصحة النفسية (عسكر 2005)، و على الرغم من الانتشار السريع للاحتراق النفسي في المنضمات غير أن هذه الظاهرة لازالت تتطلب المزيد من الدراسات الميدانية من أجل تحديد أبعادها و فهمها بشكل يجعلنا قادرين على تحديد استراتيجيات فعالة للوقاية منها، و يذهب (نعموني 2008) للقول أن أهم النتائج المترتبة عن سوء الإحاطة بهذا الموضوع هو التزايد المستمر لأعراض الإنهاك النفسي عند العمال.

و يأتي هذا الفصل من هذه الدراسة ليعرفنا أكثر عن الإنهاك النفسي، مفهومه و العوامل المسببة له و مؤشراته و كذا مراحل تطوره، لنتحدث في الأخير عن كيفية تفادي هذه الظاهرة.

3-1 مفهوم الإنـهاك النفسي :

اكتشفت ظاهرة الإنهاك النفسي كما تذكر(ماسلاش و جاكسون Maslach et Jackson 1984) أثناء دراسة الانفعال الناتج عن الاستثارة الانفعالية و في كيفية ، تعامل الأفراد مع هذه الاستثارة ، غير أن مفهوم الإنهاك النفسي لم يستعمل في السياق المتعارف عليه الآن كما جاء عن (إيسلبرج Easlburg و آخرون 1994) إلا بحلول سنة 1974 و هذا من طرف المحلل النفساني هيربرت فرويدنبرجر Freudenberger Hirbert الذي أطلق هذا المصطلح ليدل على حالة من الاستنزاف البد ني و الانفعالي الناتجين عن حالة العمل.

3-1-1 أصل مصطلح الإنـهاك النفسي :

إن الإنهاك النفسي **Burnout** مفهوم حديث نسبيا، لاسيما في مجال الدراسات العربية، ولذلك تعدد تعريفاته من قبل الباحثين، وذلك إن دل على شيء إنما يدل على أنه ليس هناك تعريف واحد متفق عليه من قبل الباحثين للإنهاك النفسي.

ظهر مصطلح " Burn-out " في السبعينات في الولايات المتحدة الأمريكية، فهو في البداية كان يعبر عن مشكل اجتماعي و ليس كمشكل نظري أو إكلينيكي، بعد هذا أصبح هذا المصطلح و بصدفة يعبر عن حقيقة اجتماعية و هنا أصبح الكثير من الباحثون يهتمون به أمثال (Maslach1978) و أكلينيكيون أمثال Fredenberger (Pierre Canoui) (1998)

وأعطى Fredenberger هذا الاضطراب اسم " الحريق الداخلي (La Brulur interne) و هو يقول " :لقد أدركت و أنا أقوم بتجاربي اليومية أن الناس غالبا ما يكونون عرضة للحريق كما تحترق العمارات، فتحت وقع الضغط الناتج عن عالمنا المعقد، تنفذ طاقتهم الداخلية كما لو التهمتها ألسنة النيران لتسبب فراغ رهيب بالداخل، و لو بدا لنا الغلاف الخارجي سليما نوعا ما (in Alain Rioux 1996)

من خاصيات مصطلح " Burn-out " أنه يطلق على وضعية الصاروخ الذي بلغ نفاذ الوقود مبلغ الفوران و آل به إلى خطر تحطم الآلة ، و في حالة الشخص المعرض للإنهاك فهو يعبر عن نفاذ طاقته.

" Burn-out " هو مصطلح أنجلو سكسوني يعني " Epuisement professionnel " بالفرنسية و "الإنهاك المهني" بالعربية ، فاليابانيون يستعملون كلمة " Kaloshi " للتعبير عن الإنهاك حيث أعطوا له حجم أكثر أهمية و هي كلمة مكونة من (Kalo) و معناه الموت و (shi) و معناه التعب في العمل ، و المعنى الكلي هو الموت من التعب في العمل. (Pierre Canoui, 1998)

و قد ترجموه الباحثين العرب إلى (الاحتراق النفسي) ومن هؤلاء : علي عسكر وأحمد عبد الله (1988) ومشيرة اليوسفي (1990)، وعادل عبد الله (1990) ،عبد الله جاد (2005) ، نشوى دردير(2007)... ، وفريق ثانٍ ترجمه ب(الإنهاك النفسي) ومنهم :محمد عبد السميع (1990) وهشام إسماعيل (1997)، وعصام زيدان (2004) ، وفوقية راضي (2005) وفريق ثالث ترجمه ب(المشقة النفسية) ويمثله سهير الغباشي (2001) ، بل إن هناك من أطلق عليه الضغط العاطفي مثل أسماء فتحي (2004).

وتتبنى الدراسة الحالية مصطلح الإنهاك النفسي لأسباب منها : ما ذكره محمد عبد السميع (1990) أن لفظ الاحتراق يشير لآثار النار أو اللوعة أو سوء الخلق، كما أضاف عصام زيدان (2004) أن مفهوم الاحتراق يغلق الباب أمام محاولات العلاج ، لأن الشخص قد احترق فلا أمل فيه كالرماد الذي احترق من أثر النار فلا ينفع معه شيء ، أما مصطلح الإنهاك فيعني المبالغة في كل شيء ، كما أنه يفتح الباب أمام البرامج العلاجية لتخفيف وعلاج الحالة ، إضافة إلى أن مصطلح الإنهاك أقرب إلى الطبيعة البشرية.

وفيما يلي توضيح لمفهوم الإنهاك النفسي **Burnout** من الناحيتين المعجمية ، والسيكولوجية :

3-1-2 المفهوم في المعاجم اللغوية :

الإنهاك لغة يدل على المبالغة في الفعل، حيث ذكر أبو الفضل بن منظور (1955) في لسان العرب إنه من نَهِك أي بالغ في الأمر، ويقال : نهكتْه الحمى أي جهدتْه ونقصتْ لحمه، فهو منهوك ، ونهكت الإبل ماء الحوض إذا شربت جميع ما فيه ، ومنه انتهك العرض إذا بالغ في شتمه ، وفي حديث النبي – صلى الله عليه وسلم – " أَنْهِكُوا الأَعقَاب أو لتنهكَنَّها النار." أي بالِغو في غسلها أثناء الوضوء، وأيد ذلك السيد الزبيدي (1935) في تاج العروس ، حيث ذكر أنَ نهِك من النهك أي المبالغة في كل شيء

ومنه قول القائل : نهكه السلطان أي بالغ في عقوبته ، والنهيك هو الشيء القوي ، ومنه قول النبي – صلى الله عليه وسلم – للخاتنة : " أشمي ولا تنهكي ". أي لا تبالغي في استقصاء الختان.

أما مصطلح الاحتراق كما يسميه بعض الدارسين ، فهو يتصل بالنار كما جاء في المعجم الوسيط (1985 – أ) حرقَ يحرقُ حرقا، وزيد بالألف والتاء فأصبح احتراقا، ومنه حرق الحديد حرقا أي برده، ويقال أحرقت النار الشيء أي أحرقته وأهلكته والحرق النار ولهيبها.

ويؤيد ذلك المعنى أبو الفضل بن منظور (1956) في لسان العرب فذكر أن الحرق بالتحريك أي النار، والتحرق أي تأثيرها في الشيء ، ومنه قول المجامع في نهار رمضان :" احترقْت " أي هلكْت، أما منير البعلبيكي (2003) فذكر في المورد أن الفعل Burn بمعنى يشتعل ويحترق، وقد يستخدم بمعنى يتوهج.

يتضح مما سبق أن مصطلح الإنهاك كترجمة (Burnout) يشير إلى المبالغة في الشيء ولقد ارتبط بالتعب والتفاني في العمل، أما مصطلح الاحتراق فيشير إلى الهلاك والحرق بالنار، لذلك فالترجمة بمصطلح الإنهاك أقرب للطبيعة البشرية، لذلك فقد تبنت الدراسة الحالية مصطلح الإنهاك النفسي.

3-1-3 المفهوم في موسوعات علم النفس :

تطرق بعض الباحثين لمفهوم الإنهاك النفسي في موسوعاتهم ، ومنهم عادل الأشول (1987) في موسوعته في التربية الخاصة، حيث ذكر أن مفهوم Burnout يعنى عدم التكيف في العمل ويشير إلى أن الفرد يتوهم أن عمله شيء مؤذ مهدد وغير مشبع له، فيصبح الفرد في الغالب متعبا متبرما من ذلك العمل، ويكون في الغالب تغيير نوعية العمل هي مقصده اللاشعوري.

وإذا كان عادل الأشول أشار لأهمية الجانب المهني في حدوث الإنهاك النفسي فإن جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفافي (1989) يؤيدان ذلك المعنى في معجم علم النفس والطب النفسي حيث يريان أن مصطلح Burnout يشير للاستنفاذ والفشل في الحياة المهنية خاصة، وحياة الفرد بصفة عامة، كما أنه يطلق على من يعمل تحت مستوى عالٍ من الضغوط. لهذا فالإنهاك النفسي Burnout ارتبط _ في المقام الأول_

بالمجال المهني وظروف العمل، لذلك يحاول الفرد ترك عمله والبحث عن عملٍ آخر يجد فيه ضغطا أقل، ومساندة أكبر.

كما أضاف جابر عبد الحميد ، وعلاء الدين كفافي (1990) أن مصطلح الإنهاك يقابل في الإنجليزية Exhaustion ويعني التعب والنقص العام في الاستجابة ونضوب الطاقة نتيجة تكرار فعل معين، فهما يطلقان على مصطلح الإنهاك النفسي مصطلحا أجنبيا آخر هو(Exhaustion)

أما مصطلح الإنهاك النفسي Burnout فيعني استنفاذ الطاقة نتيجة التعرض للضغوط الزائدة، حيث ذكر كونسيني وآخرون (1996) Consini,et.al أن الإنهاك النفسي Burnout عبارة عن وصف لحالة تنتج عن زيادة مطالب العمل، وعدم المساندة، وعدم القدرة على الوفاء بالمطالب الموكلة للفرد، وكذلك انخفاض مستوى العمل عن قدرات العامل، وسوء توظيف القدرات، مما ينجم عنه اضطرابات نفسية، بل يؤدي للصراع الزواجي والأسري، مما تترتب عليه عدم جودة الأداء، والتغيب عن العمل، والإعياء العاطفي، والاضطرابات السيكوسوماتية، وتبلد المشاعر، ويمكن أن ينتج عن أسباب بيئية أو شخصية.

كما أيد ذلك كمال سالم (2002) في موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي، حيث أشار إلى أن مصطلح Burnout يعني الإنهاك أو الاستنزاف، ويشير للعاملين في مجال الإعاقة منذ فترة طويلة مما يؤدي لمعاناتهم من اضطرابات نفسية تدفعهم لترك المهنة والبحث عن مهنة أخرى. ومن الملاحظ أن مصطلح الإنهاك النفسي Burnout لا يقتصر على مهنة معينة بل يمكن أن يتعرض له الفرد في أي مجال.

وكذلك فإن فرج عبد القادر، وآخرين (2003) في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي يؤيدون ما ذكره كونسيني وآخرون (1996) Consini,et.al شأن مصطلح Burnout حيث ترجموه بالاحتراق النفسي، ويرون أنه يشير للإنهاك الشديد الذي يصيب الفرد نتيجة الانهماك في العمل، كما يشير إلى انهيار الفرد تحت وطأة الضغوط التي تفوق قدراته في العمل والأسرة، وهو يقابل قولنا انهار في اللغة الدارجة عند العامية.

يتضح مما سبق أن مصطلح الإنهاك النفسي Burnout في موسوعات علم النفس ارتبط بالجانب المهني ، فيشير لما يجده الفرد المهني من التعب والإجهاد الكبير الذي ينتج عن زيادة متطلبات العمل عما

يمتلك الفرد من قدرات، وعدم مساندته للتغلب عليها، الأمر الذي قد يؤدي للاضطرابات النفسية المختلفة، وتركه العمل، بل قد لا يقتصر الأمر على ذلك فيمتد يقلل من التوافق بين الأزواج بعضهم بعضا، وبذلك فهو قد ينتج من مصادر اجتماعية أسرية، وكذلك من مصادر شخصية.

3-1-4 المفهوم السيكولوجي للإنهاك النفسي :

إن مفهوم الإنهاك النفسي **Burnout** مفهوم غامض إلى حد ما، حيث إنه حديث النشأة نسبيا كما يصفه بعض الباحثين : محمد عبد السميع (1990)، وهشام إسماعيل (1997)، وماسلاش وجولدبيرج (1998) **Maslach & Goldberg** وسيد عبد العال (2002).

ولقد أثارت ظاهرة الإنهاك النفسي اهتماما بارزا في الدراسات السيكولوجية على مدى السنوات الأخيرة، وذلك نظرا لما تسببه من آثار سلبية تؤدى إلى سوء التوافق، حيث يتعرض العاملون لأسباب متعددة إلى بعض الظروف التي لا يستطيعون التحكم فيها، مما يحول دون قيامهم بدورهم بشكل فعال، الأمر الذي يساهم في إحساسهم بالعجز عن القيام بالمهام المطلوبة منهم، وبالمستوى الذي يتوقعه منهم الإداريون ومتخذو القرارات، بالإضافة إلى الآثار السلبية الخطيرة الأخرى وهذا الشعور بالعجز مع استنفاذ الجهد يؤدى بهم إلى حالة من الإنهاك الانفعالي والاستنزاف النفسي. (مقابلة،1992)

لذلك فلقد تعددت التعريفات التي قدمها الباحثون للإنهاك النفسي بحيث ينطلق كل تعريف من رؤية معينة، فيذكر عبد الرحمن الطريري(1994) أن بعض التعريفات ينطلق من المثير المحدد للاستجابة، وبعضها الآخر ينطلق من الاستجابة الصادرة تجاه ذلك المثير،وفريق ثالث يجمع بين المثير والاستجابة بالإضافة لمتغيرات وسيطة.

بناءً على ذلك فإن الباحث الحالي سوف يحاول تصنيف تلك التعريفات إلى ثلاث مجموعات :

الأولى تدور حول التعريفات المركزة على مصدر الإنهاك النفسي، **و الثانية** تدور حول التعريفات التي رأت أن الإنهاك النفسي اضطراب تصاحبه مجموعة من المظاهر المرضية ، أما **الثالثة** فتدور حول التعريفات

التي رأت أن الإنهاك النفسي عملية تجمع بين السبب والمظهر وبعض المتغيرات الوسيطة، مع الأخذ في الاعتبار أن كل هذه التعريفات مكملة لبعضها، و أن هذا التقسيم على سبيل الدراسة.

3-1-4-1 المجموعة الأولى- التعريفات التي ركَّزتْ على مصدر الإنهاك النفسي :

وتلك التعريفات تنظر إلى الإنهاك النفسي على أنه ظاهرة تنتج عن مصادر معينة، وقد تتفق أو تختلف فيما بينها على هذه المصادر وهو ما سنحاول عرضه فيما يلي :

فنجد فرويدنبرجر (1974) Freudenberger وهو من الرواد في مجال بحث الإنهاك النفسي ذكر أن الإنهاك النفسي Burnout حالة تحدث نتيجة الأعباء والمتطلبات الزائدة والمستمرة ، والملقاة على عاتق الفرد والتي تفوق قدرته، مما يساهم في ظهور مجموعة من ا لمظاهر النفسية والجسدية السلبية ولهذا فإن فرويدنبرجر Freudenberger يعتبر الإنهاك النفسي حالة سلبية يتعرض لها الفرد الذي يقع تحت ضغوط زائدة مستمرة، والتي لا يستطيع التكيف معها بطريقة مقبولة، ولهذا فتتعدد مظاهره لتشمل الجانب النفسي وكذلك البدني ، مما يؤثر في صحة الفرد سلبيا .

وإذا كان فرويدنبرجر Freudenberger أرجع الإنهاك النفسي لأعباء العمل الزائدة التي تكون على كاهل الفرد فإن بيرلمان و هارتمان (1982) perlman & Hartman عرفا ه بأنه،استجابة للمشقة الانفعالية المزمنة التي تؤدي إلى الإجهاد الانفعالي، وضعف الاهتمام بالبعد الإنساني في التعامل، إضافة إلي نقص الكفاءة الشخصية وهما بذلك يرجعانه لما يعانيه الفرد من الضغوط النفسية شرط أن تكون هذه الضغوط مستمرة .

وفي الإنتاج الفكري العربي نجد تعريف علي عسكر، وأحمد عبد الله (1988) بأنه حالة تتضمن التغيرات السلبية في العلاقات المهنية للفرد بالآخرين بسبب الضغوط التي يتعرض لها الفرد في العمل خاصة المهن الاجتماعية، حيث يكثر ا لتعامل البشري فيها مقارنة بباقي المهن، ولذلك فإنهما يرجعان الإنهاك النفسي لما يجده الفرد من ضغوط مهنية تتصل بظروف عملهم خاصة المهن التي تتطلب تفاعلا مع

الجمهور كالطب مثلا بالنسبة للطبيب و الممرض، حيث يتصلان مباشرة بالمرضى مما يؤثر في حالتهم الصحية وعلاقاتهم الاجتماعية ويؤدي لزيادة الضغط عليهم .

في حين أشار صلاح مراد ، وأنور فتحي (1991) إلى أنه يحدث نتيجة تداخل المصادر البيئية والشخصية لذلك فهو يمثل تعطيلا لقدرات الفرد الأدائية، وينتج عن إدراك الفرد لمجموعة من الضغوط في المجال المهني وتفاعلها مع شخصيته ، وله مجموعة من الأبعاد كالإرهاق الانفعالي : و يشمل تقلص الطاقة الانفعالية للفرد وهبوط الأداء الجسمي وظهور اتجاهات سلبية نحو العمل وظهور بعض الأعراض السيكوسوماتية، والجمود في العلاقات، ويعبر عنه بضعف العلاقات الاجتماعية بين الفرد الطبيب مثلا وزملائه ورؤسائه و المرضى، حيث يفقد دفء التفاعل الإنساني في علاقاته بهم ، وانخفاض دافعية الإنجاز ، أي انخفاض درجة تقييم الفرد لنفسه وقلة درجة شعوره بالنجاح وانخفاض المثابرة لبلوغ أهدافه الشخصية.

ومن الملاحظ أن إدراك الفرد لظروف عمله، وما به من ضغوط جانب مهم في حدوث الإنهاك النفسي أو عدمه، فقد يوجد الضغط ولكن لا يكون عائقا أمام الفرد، حيث إن الفرد غير مدرك له، ولكن عندما يدركه الفرد ويتفاعل مع شخصيته، ولا يستطيع التكيف معه بطريقة مقبولة ينتج عنه تعطيل لقدرات الفرد فيقل إنتاجه ويعاني من الإنهاك النفسي .

بينما نجد هشام إسماعيل (1997) عرفه بأنه حالة تدهور نفسي ووظيفي ناتج عن زيادة الحساسية للضغوط النفسية والمهنية وله بعدان هما:

البعد النفسي : أي ظهور حالة من الإجهاد النفسي ومظاهر الاكتئاب والإحباط بصفة عامة .

البعد المهني : أي ظهور مشكلات اجتماعية في الوظيفة مع ا لإدارة والزملاء.

و من الواضح أن هذا التعريف يركز على الجانب المهني، وحساسية الفرد لما يقابله من الضغوط، حيث يتأثر الفرد بما يقابله في حياته المهنية، فيصاب بحالة من التدهور التي تمتد لتؤثر في علاقات الفرد بمن حوله، حيث قد تضطرب علاقات الفرد بالإدارة ، الزملاء والأسرة .

والإنهاك النفسي حالة يشعر بها الفرد وتؤثر فيه سلبا، حيث أشارتْ هانم أبو الخير، ويوسف جلال (2001) إلى أنه حالة شعورية ذات تأثير سلبي في الجانب الانفعالي والذهني والبدني كرد فعل للضغوط الزائدة في العمل، والتي تفوق قدرات الفرد نتيجة لأسباب مهنية، شخصية، اجتماعية واقتصادية، يترتب عليها خفض مستوى الأداء واللامبالاة وعدم الرضا الوظيفي، ويركّز هذا التعريف على الجانب المهني أيضا ، حيث يقابل الفرد ضغوطا زائدة فلا يستطيع التعامل معها، لأسباب متعددة ، منها : ظروف العمل، وشخصية الفرد، والجانب الاجتماعي والاقتصادي، ولهذا فالإنهاك النفسي يتصل ببيئة العمل في المقام الأول، حيث ذكرتْ فوزية عبد الحميد، وعبد الحميد سعيد (2003) أن الإنهاك النفسي حالة نفسية ناتجة عن أوضاع العمل المتصل بالأفراد مباشرة، خاصة الذين يقدمون خدمات إنسانية واجتماعية كالمعلمين، الأطباء وكذا الشرطة...

وله أبعاد ثلاثة :

الإجهاد الانفعالي **Emotional Exhaustion** أي استنزاف الوضع النفسي وإحساس بالإرهاق ممل يعوقه عن الإنتاج.

تبلد المشاعر **Depersonalization** أي الشعور السلبي نحو المرضى و الزملاء (عند الطبيب أو الممرض) وعدم الإحساس بقيمتهم .

تدني الشعور بالإنجاز **Lack of personal achievement** أي تقييم الطبيب مثلا لنفسه بشكل سلبي في المجال المهني والاجتماعي أي في علاقاته بالمرضى والزملاء وبمن يتعامل معهم.

ويركز هذا التعريف على ظروف العمل المتصل بالأفراد مباشرة، حيث يتصل فيها الفرد بهؤلاء الأفراد ويكون قريبا منهم مما يؤثر فيه سلبا ، ويفقده التعامل الإنساني مع الآخرين، ويشعره بالإجهاد بسرعة، حيث لا يمتلك الأساليب المناسبة لمقابلة تلك الضغوط، مما يقلل من كفاءته وينقص إحساسه بالإنجاز الشخصي .

وإذا كانت فوزية عبد الحميد، وعبد الحميد سعيد قد ركزا على الجانب المهني في تعريف الإنهاك النفسي، فإن عصام زيدان (2004) أشار إلى أنه حالة من الشعور بالإجهاد والاستنزاف النفسي والإرهاق البدني ناتج عن الفشل في مواجهة الضغوط السلبية القوية التي تفوق قدرة الفرد، وأن له أربعة أبعاد : الشقاء والاستهلاك السلوكي العقلي والحركي ، الإجهاد والاستنزاف النفسي الانفعالي والعاطفي ، الإرهاق والاستنفاذ البدني العضوي والعضلي ، والعناء الاجتماعي.

فالإنهاك النفسي حالة تتصل بظروف العمل فإنه قد يتوقف على إدراك الفرد لهذه الظروف، وما يمتلك من قدرات، فقد أشارتْ أهولا وآخرون (2005) **Ahola,et.al** إلى أنه حالة عقلية سلبية ناتجة عن الإجهاد المزمن في العمل ، ونقص الدعم الاجتماعي ، وغموض الدور، والدكتاتورية ومن نتائجه التعرض لبعض الاضطرابات النفسية ومنها : الاكتئاب النفسي .

بينما تعرفه نشوى دردير (2008) بأنه نمط سلبي من الاستجابة للأحداث الضاغطة إضافة لإدراك نقص المساندة ، وله أربعة أبعاد : عدم الرضا المهني حيث يكون – الفرد – متبرما من المهنة ، وساخطا عليها، والاتجاه السلبي نحو الآخرين مما يؤثر في تفاعلاته معهم، وانخفاض المساندة الإدارية كما يدركها الفرد حيث لا يجد الدعم المناسب مما يزيد الضغط عليه .

تعقيب :

يتضح مما سبق أن هذه التعريفات متعددة جاءت في سنين متعاقبة ، مما يوضح كيف تطورت نظرة الباحثين للإنهاك النفسي **Burnout**،فقد أشار بعضهم إلى أن التعرض له يرتبط بمهن معينة كالمهن التي تتطلب تفاعلا مباشرا مع البشر، و كذلك تقديم خدمات إنسانية كما في تعريف فوزية عبد الحميد، وعبد الحميد سعيد (2003)، في حين رأى بعضهم الآخر أن الإنهاك النفسي حالة تصيب أي فرد في أي مهنة نتيجة فشله في مواجهة الضغوط القوية التي تفوق قدرة الفرد كما في تعريف عصام زيدان (2004).

كما أن بعض هذه التعريفات يجعل الإنهاك النفسي عائقا يعيق أداء الفرد نتيجة لوجود الضغوط المهنية وتفاعلها مع شخصية الفرد ، مما يشير لأن بعض الأفراد قد يتعرضون لضغوط مهنية ولكن لقوة

شخصيتهم لا يقعون في خطر الإنهاك النفسي ، حيث يملكون طرقا تكيفية وشخصية قوية تمكنهم من الحل والتغلب على مثل هذه الضغوط كما جاء في تعريف صلاح مراد ، وأنور فتحي (1991).

كما أن أصحاب هذه التعريفات اختلفوا فيما بينهم في عدد أبعاد الإنهاك النفسي فبعضهم يرى أنه مكون من بعدين مثل دراسة هشام إسماعيل (1998) هما : البعد النفسي ، والبعد المهني ، في حين كانت نتائج دراسة بعضهم أنه مكون من ثلاثة أبعاد مثل : دراسة فوزية عبد الحميد ، وعبد الحميد سعيد (2003) هذه الأبعاد هي الإجهاد الانفعالي، وتبلد المشاعر، وتدني الشعور بالإنجاز، وفريق ثالث يرى أن له أربعة أبعاد مثل دراسة عصام زيدان (2004) هي: الشقاء والاستهلاك السلوكي العقلي والحركي، والإجهاد والاستنزاف النفسي الانفعالي والعاطفي، والإرهاق والاستنفاذ البدني العضوي والعضلي، والعناء الاجتماعي، ويمكن تفسير الاختلاف في عدد أبعاد تلك المقاييس لاختلاف العينة المستخدمة في الدراسات مما يساهم في بناء مقياس الدراسة الحالية ، مع مراعاة توافر أبعاد ذات صلة بالإجهاد البدني الذي يلاقيه محترفو الصحة العمومية في عملهم ، والرضا الوظيفي عندهم ، وضغوط المهنة ، والمساندة والدعم لهم وعلاقتهم بالمرضى و ذويهم.

وبالرغم من ذلك فإن تعريفات هذه المجموعة للإنهاك النفسي **Burnout** اجتمعتْ في بعض النقاط ومنها :

- أن الإنهاك النفسي ينتج عقب تعرض الفرد للضغوط المستمرة والزائدة عن طاقته.
- أنه يمثل حالة واستجابة سلبية نحو الآخرين.
- أنه يؤدى للإجهاد الجسمي والاستنزاف الانفعالي ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي والتقييم السلبي للذات
- أنه يختلف من شخص لآخر نظرا لوجود الفروق الفردية ، ولاختلاف الطاقة النفسية من فرد لآخر.
- أنه يحدث لمن يعمل ويتصل بالناس ، أي العمل في مجال الخدمات الإنسانية والاجتماعية .

3-1-4-2 المجموعة الثانية-التعريفات التي نظرت إلى الإنهاك النفسي على أنه حالة اضطرابية :

وتلك التعريفات ينظر أصحابها إلى الإنهاك النفسي على أنه حالة مرضية لها مجموعة من المظاهر، وهي تعريفات كثيرة نذكر بعضها فيما يلي :

فلقد ذكر جوستيس وآخرون (1981) **justice,et.al** حالة من أن الإنهاك النفسي **Burnout** حالة من الضعف والوهن تنتج عن الإحباطات التي تقابل الفرد في العمل ، وتشمل انخفاض الإنتاج ، والتعامل اللا إنساني مع الآخرين . وعليه فإن هذه الحالة تؤثر في الجانب المهني للفرد من خلال انخفاض الإنتاج ، كما تؤثر في الجانب الاجتماعي من خلال عدم التعامل الإنساني مع غيره من البشر .

وإذا كان جوستيس وآخرون قد ركزوا على الجانب المهني والإنساني ، فإن جولومبوسكي (1987) **Golembiewski** أضاف وتحدث عن المظاهر النفسية والسلوكية والجسمية فذكر أنه مجموعة مظاهر نفسية ، وسلوكية ، وجسمية تتمثل في انخفاض الرغبة في العمل ، والأداء المنخفض ، بالإضافة لوجود الحاجة لدى الفرد للمساندة الاجتماعية من الآخرين.

وهو بذلك حالة تشمل أغلب مجالات الحياة ، حيث نجد المظاهر النفسية ، والسلوكية ، والجسمية ، والاجتماعية، حيث إن الفرد كل متكامل فما يتعرض له في عمله قد يؤثر في علاقاته مع زوجته، و أولاده ، وزملائه، وهكذا .

في حين ركز فريدمان (1995) **friedman** على العمل وذكر أنه عبارة عن زملة من المظاهر التي ترتبط بالعمل ، نتيجة إدراك الفرد للتعارض الواضح بين الجهد المبذول وعائده، وهو بذلك يقصر مظاهر الإنهاك النفسي على العمل ، حيث يدرك الفرد أن ما يبذله من جهد لا يتناسب مع ما يحصل عليه من عائد

أما علي عسكر (2000) فقد أشار إلى أنه حالة من الإنهاك أو الاستنزاف البدني الناتج عن التعرض للضغوط القوية والمستمرة، ويشمل مجموعة من المظاهر السلبية مثل : التعب، والإرهاق وفقدان الاهتمام بالآخرين وبالعمل، والشك في قيمة الحياة، وفقدان القدرة على الابتكار، وهو بذلك يركز على الجانب البدني،

حيث يصاب الفرد به وتظهر عليه مجموعة من المظاهر السلبية، ومنها سرعة شعوره بالتعب ، وعدم القدرة على التعامل الإنساني مع الآخرين، وفقدان المعنى،والجمود والميل للروتين.

ويؤيد ذلك إريكسون وآخرون (2000) **Erickson,et.al** حيث أشاروا إلى أنه رد فعل عاطفي لضغوط العمل مع البشر ، ويتمثل في عدم الرضا الوظيفي ، والإعياء العاطفي ، وكثرة الغياب ، وعدم السعادة الزوجية ، وله ثلاثة أبعاد تتمثل في : **الإنهاك الانفعالي** أي الشعور المزمن بالإرهاق الانفعالي للفرد نتيجة عبء العمل وكثرة الضغوط، **تبلد المشاعر:** أي شعور ا لفرد باللامبالاة والاستجابات القاسية وذلك جانب اجتماعي، **نقص الإنجاز الشخصي:** أي تقييم ا لفرد ذاته سلبيا فيما يتصل بالأداء المهني في العمل، و لهذا فهو ينتج عن ضغوط العمل في المهن التي تتطلب اتصالا مباشرا بالجمهور، وله مجموعة من المظاهر التي تشمل الجانب المهني مثل: عدم الرضا الوظيفي، وكثرة التغيب عن العمل، والتقييم السلبي للذات بل إنه يتسع ليشمل الجانب الاجتماعي والشخصي فنجده أثَّره في علاقات الفرد بالآخرين، وفي بيته مع زوجته، وأولاده، حيث يقل الشعور بالسعادة الزواجية .

بينما يذكر خضر مخيم (2002) أن الإنهاك النفسي عبارة عن مجموعة مظاهر مرضية تتمثل في : الإنهاك الانفعالي، والأدائي، والاتجاهي نتيجة للضغوط التي يتعرض لها الفرد في عمله، وبذلك فله أبعاد ثلاثة : **الإنهاك الانفعالي:** أي سرعة الغضب وتدهور الصحة البدنية ، وذلك راجع للعمل حيث يزيد الضغوط على الفرد، **الإنهاك الأدائي:** أي الشعور بانخفاض الإنجا ز الشخصي فيشعر الفرد أن انجازاته المهنية تقل كثيرا عن توقعاته مما يزيد التقدير السلبي للذات، **الإنهاك الاتجاهي:** أي نفاذ الصبر والقسوة في التعامل فتتغير اتجاها ته نحو المهنة، وكذلك نحو الزملاء من اتجاهات إيجابية إلى اتجاهات سلبية وهو بذلك يشمل عدة جوانب منها: **الجانب الانفعالي** فتظهر بعض الاضطرابات النفسية كسرعة الغضب، **والجانب السلوكي والاتجاهي** مثل : تدني الإنجاز الشخصي، وفقدان البعد الإنساني، وتسوء علاقاته بمن حوله .

كما أشار عصمت عبد الله (2003) إلى أن الإنهاك النفسي حالة من الإنهاك الانفعالي نتيجة العبء الذي يفوق طاقة الفرد، مع الإحساس بالقصور والعجز عن أداء العمل بالمستوى المطلوب، وله ثلاثة مكونات: الإنهاك الانفعالي، وتبلد المشاعر الشخصية ، ونقص الإنجازات الشخصية، ولهذا فالفرد يتعرض لضغوط زائدة، كما أنه يشعر بعدم قدرته على مقابلتها ، لهذا يجد الاستنزاف النفسي، ويغلب عليه الجانب الروتيني، ويقل إنتاجه مما يشعره بضعف إنجازاته .

ثم تأتي فوقية راضي (2005) وتعرفه بأنه زملة من الأعراض النفسية التي تشمل: الإنهاك الانفعالي، وتبلد المشاعر، ونقص الإحساس بالإنجاز الشخصي الذي يمكن أن يحدث لمن يقوم بعمل يستوجب الاتصال والتفاعل الإنساني، وله ثلاثة أبعاد: الإنهاك الانفعالي، وتبلد المشاعر، ونقص الإنجاز الشخصي.

تعقيب :

من الملاحظ أن التعريفات السابقة حاولت وصف الإنهاك النفسي **Burnout** وركزت على مظاهره وما ينتج عنه، ولقد اتفقت في بعض النقاط، ومنها :

- أن أبعاد الإنهاك النفسي ثلاثة: الإنهاك الانفعالي، وتبلد المشاعر، ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي.
- أنه يؤدي لأعراض سلبية تؤثر في حياة الفرد .
- أنه حالة مرضية لها صلة بالعمل وظروفه أي ضغوط العمل ، وعدم الرضا الوظيفي ، ونقص المساندة الاجتماعية . وبالرغم من ذلك فإن تلك التعريفات اختلفت في بعض النقاط مثل :
- أن بعضها ركّز علي الغياب المتكرر عن العمل ، وعدم الرضا الوظيفي ، بل امتد للمنزل فجعله يؤثر سلبا في العلاقة الزواجية كما جاء في تعريف إريكسون وآخرين (2000) **Erickson et al**
- أن بعضها جعل من أعراضه فقدان القدرة على الابتكار، مما يؤثر سلبا في المستقبل المهني للفرد حيث يصبح الفرد روتينيا في حياته كما في تعريف علي عسكر (2000).
- أن بعضها قصر مظاهره على العمل كما جاء في تعريف عصمت عبد الله (2003).

3-1-4-3 المجموعة الثالثة– التعريفات التي رأت أن الإنهاك النفسي عملية تجمع بين مصادره ومظاهره :

ينظر الباحثون في هذه المجموعة إلى الإنهاك النفسي على أنه عملية تتم عبر مراحل متدرجة، ولا تحدث فجأة، بل لقد حاولوا الجمع بين أسباب الإنهاك النفسي وأعراضه (مظاهره) الدالة على حدوثه، ومنها ما ذكره شواب وآخرون (1986) **Schwab,et.al** بأنه عملية نفسية تتمثل في الردود الجسمية والانفعالية للضغوط، وتتوقف تلك العملية على العوامل الشخصية وكذلك المهنية، كما أن لها بعض المظاهر المصاحبة لها مثل: الإرهاق الانفعالي، وضعف الاهتمام بالبعد الإنساني في التعامل مع الآخرين والشعور بقلة الإنجاز الشخصي في العمل وبذلك فهو لا يقصر التعرض له على الجانب المهني فقط بل لابد من وجود استعداد لدى الفرد، كما لا يستطيع التعامل مع تلك الضغوط ، مما ينتج عنه بعض المظاهر التي تشمل جميع جوانب الفرد .

أما محمد طوالبه (1999) فأشار إلى أنه عملية وحالة نفسية ناتجة عن ظروف العمل والاتصال مع الأفراد مباشرة خاصة من يقدم خدمات إنسانية واجتماعية كما هو الحال عند المعلم أو الطبيب و الممرض وهى تتم عبر مراحل ثلاث :

1) **المرحلة الأولى:** الإحساس بالضغوط المهنية نظرا لقلة التوازن بين متطلبات العمل وقدرات الفرد التي تساعده للوفاء بتلك المتطلبات.

2) **المرحلة الثانية:** يبدأ شعور الفرد بالإجهاد والتوتر كنتيجة ورد فعل لضغوط العمل عليه.

3) **المرحلة الثالثة** : تتكون لدى الفرد بعض التغيرات السلوكية، والأعراض السلبية مثل التعامل بجفاف مع الآخرين، والانشغال بالأمور الشخصية، وقلة الإنتاجية المطلوبة. ولهذا فالإنهاك النفسي لا يحدث فجأة بل عبر مراحل متدرجة تبدأ بشعور الفرد بالضغوط وعدم قدرته على مقابلتها بطريقة مقبولة ثم يزداد شعور الفرد بالضغوط والتوتر، فتظهر عليه بعض المظاهر والتغيرات السلوكية السلبية مما يقلل من إنتاج الفرد، وينعكس ذلك كله على المؤسسة فتقل كفاءتها .

ويؤيد ذلك عمر الخرابشة، وأحمد عريبات (2005) فيذكران أنه عبارة عن حالة نفسية تصيب الفرد بالإرهاق والتعب نتيجة وجود متطلبات وأعباء إضافية يشعر معها الفرد أنه غير قادر على التكيف والتحمل مما ينعكس عليه سلبيا، وكذلك على من يتعامل معه، بل يمتد فيقلل من مستوى الخدمة نفسها، ويتم ذلك عبر مراحل ثلاث: الشعور بوجود الضغوط على كاهل الفرد (المهني)، والشعور بالقلق والتعب نتيجة لعدم القدرة على التكيف مع تلك الضغوط، وحدوث مجموعة تغيرات سلبية سلوكيا تغير اتجاهات وسلوك الفرد نحو العمل وكذلك الآخرين مثل الروتين والجفاف في التعامل.

تعقيب :

يتضح مما سبق أن بعض الباحثين ذكر أن الإنهاك النفسي عملية تحدث لأسباب منها ما يتصل بشخصية الفرد ومنها ما يرجع للبيئة المهنية التي يعمل بها الفرد، وتنتج عنه بعض المظاهر السلبية ومنها الإرهاق الانفعالي، والجمود في العلاقات الاجتماعية ، وقلة الاهتمام الآخرين، وغلبة الجانب الروتيني على سلوكياته، مما يقلل من جودة الأداء ويزيد الضغوط على الفرد .

ومن الملاحظ أن بعض التعريفات السابقة جعلت الإنهاك النفسي عملية تنتج من تفاعل سمات وعوامل الشخصية مع العوامل المهنية المحيطة بالفرد وتلك نقطة مهمة، حيث إن ذلك يبين أنه يحدث نتيجة لوجود الضغوط المهنية إضافة إلى وجود الاستعداد لدى الفرد، كما أنه لا يحدث فجأة بل عبر مراحل متصلة ومتدرجة، فالإنهاك النفسي أعلى مراحل الضغوط، أي لا بد أن تسبقه مجموعة من الضغوط التي لا يستطيع الفرد التعامل معها ، كما أن بعضهم نظر إلى الإنهاك النفسي على أنه عملية نفسية، جسمية واجتماعية، أي جعله شاملا للجانب الانفعالي، البدني والاجتماعي .

تعقيب عام حول المجموعات الثلاثة :

وبعد عرض رؤية المجموعات الثلاث السابقة للإنهاك النفسي ، فيمكن الوقوف على بعض النقاط المشتركة بينها ومنها :

- أن الإنهاك النفسي يتمثل في انخفاض الإنتاج ، والتقدير المنخفض للذات،والتعامل الجاف غير الإنساني مع الآخرين .
- أنه يحدث عبر مراحل متدرجة ولا يحدث فجأة .
- أنه ينتج من تفاعل العوامل الشخصية (الداخلية) مع العوامل البيئية (الخارجية) .
- أنه يحدث نتيجة لإدراك الفرد أن ما يبذله من جهد في العمل لا يتناسب مع العائد من ذلك العمل أي لأسباب معرفية إدراكية .
- أنه ذو أساس نفسي ومع ذلك تتعدد مظاهره لتشمل أغلب جوانب الفرد .

لذلك فيمكن تعريف الإنهاك النفسي نظريا بأنه حالة تصيب الفرد نتيجة الضغوط والحِمل الزائد وعدم القدرة على التوافق معها ، مما يؤدي لظهور زملة من ا لمظاهر المتعددة ، حيث تشمل أغلب جوانب الحياة ، مما يؤثر في نظرة الفرد لنفسه وللآخرين ، كما يبقى تعريف **Maslach** (1987) الأكثر شيوعا و استعمالا من طرف الباحثين ومنه فقد اعتمدنا هذا التعرف كتعريف اجرائي لأنه يشمل على كل ما هو مراد دراسته حيث أنه يعرف الإنهاك النفسي ، و كذلك يحدد أبعاده الثلاثة و هي كل من الإنهاك الانفعالي، فقدان الشعور التعاطفي، و نقص الإنجاز الشخصي في العمل.

و هي تصفه على أن « حالة تعب بدني و انفعالي، حيث ينتج عن هذه حالة انفعالية و شعور يرى فيه الفرد أنه غير فعال، كما يفقد الشعور التعاطفي إزاء الآخرين، فيصبح جاف في معاملاته، كما يصبح يشك في إمكانياته و قدراته على أداء مهنته، و يقيم إنجازاته تقييما سلبيا مما يقلص من نشاطاته و يؤثر سلبا كذلك على توقعاته المستقبلية. و هي تصف ثلاثة مستويات أساسية لظاهرة الإنهاك النفسي:

1. الإنهاك الانفعالي [Epuisement émotionnel] :

هو في نفس الوقت بدني و نفسي، حيث أن الممرض مثلا يشعر بفراغ داخلي و يجد صعوبات في الدخول في علاقات مع الآخرين، كما أن الراحة لا تقلص من تعبه، كما أنه قد يعبر عن انزعاجه إما بطريقة منفجرة كالبكاء، الغضب أو العكس أي أنه يبدي برودة، لا مبالاة، و تحكم شديد في مشاعره و انفعالاته.

2. فقدان الشعور التعاطفي [Perte d'empathie, Dépersonnalisation]:

حتى يحافظ الفرد عن نفسه فإنه يكون حاجز بينه و بين الآخرين و هذا يحدث بصفة تدريجية، كما أن علاقة الطبيب مثلا مع المريض تصبح تتسم بالبرودة و اللامبالاة حيث أنه يعامله على أنه شيء يقوم بأعماله كأنه آلة ميكانيكية (**Robot**)

3-تناقص أو تراجع الإنجاز الشخصي في العمل[Diminution de l’accomplissement personnel]:

يؤدي هذا المستوى إلى التألم و الشعور بالفشل، تأنيب الذات الإحباط و التأكد بأنه غير فعال و الإحساس بالعجز، و بهذا فإنه سوف يبدي استجابتين :

-إما الهروب و الذي يعبر دائما عن طريق التغيبات المتكررة و عدم المبالاة.

-أو العكس، يبدي اهتمام كبير و مفرط بعمله و يبقى لمدة طويلة في المصلحة و لكن عملة يكون غير فعال (2001 Noel Natacha).

3-3 مراحل تطور مفهوم الإنهاك النفسي :

إن مفهوم الإنهاك النفسي **Burnout** كما ذكرت رجوات متولي (2005) قد بدأ الاهتمام به منذ عام 1960 ، ولذلك فقد مر بمرحلتين :

3-3-1 المرحلة التنويرية : أو مرحلة الرواد الأوائل من (1960 الى 1979)

وفي بدايتها لم يعرفْ مصطلح الإنهاك النفسي Burnout إنما وجِدتْ مصطلحات بديلة فقد، ذكرتْ رجوات متولي (2005) أنها بدأت في بداية الستينيات من القرن العشرين حيث لاحظ بعض الباحثين في مجال الصناعة تدني أداء بعض العاملين ذوي الأداء المرتفع ، مع ظهور بعض التغيرات السلوكية السلبية ، منها : التغيب المستمر عن العمل لفترات طويلة ، ولقد أُطْلِق على ذلك مصطلح الوهج المنطفئ " Flame outs " في بداية السبعينيات ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية عدد من المقالات التي تناولت الإنهاك النفسي Burnout وركّزتْ علي الأفراد الذين يعملون في مجال الخدمات الإنسانية ، حيث أشارت كل من أهولا وهاكانين (2007) Ahola & Hakanen أنه في سنة (1974) ظهر مصطلح الإنهاك النفسي (Burnout) على يد الطبيب النفسي فرويدنبرجر Freudenberger و وصفه بأنه ظاهرة سلبية لدى المهنيين الذين يعملون في عيادة لمدمني المخدرات من خلال الضغط الزائد على الفرد ، ثم جاءت كرستينا ماسلاش Maslach 1976 وهي باحثة في علم النفس الاجتماعي ، وذكرتْ أن الإنهاك النفسي Burnout ، يصيب الفرد نتيجة الحِمل الزائد والضغط المستمر مما يفقده المشاعر العاطفية تجاه العملاء ،وربطته بالمرض والاضطراب النفسي.

وفي بداية الأمر كانت النظرة إلى الإنهاك النفسي على أنه يصيب من يعمل في المهن الصحية التي يتصل الفرد فيها بالمرضى كالممرضات ، فقد ذكر خضر مخيمر (2002) أن الاهتمام بدراسة الإنهاك النفسي كان قاصرا في البداية على مهن الرعاية الصحية ، ثم امتد ليشمل باقي الفئات الأخرى التي تتطلب التعامل مع الجمهور.

وإذ كان الإنهاك النفسي مشكلة لا يقتصر أثرها على الفرد المصاب بها فقطوإنما يتعداه للمحيطين به، فكذلك فالإصابة به أيضا لا تشترط عمل الفرد في مهنة معينة، حيث إن لأي مهنة ضغوطها التي قد

تساهم في زيادة مشكلات هذا الفرد، واستمرار تلك المشكلات بالرغم من عدم قدرته على التكيف معها، فإنه يصاب بالإنهاك النفسي، لهذا فعلى كل فرد أن يلاحظ سلوكه ويقومه أولا بأول حتى لا تتفاخم المشكلة.

أما رجوات متولي (2005) فتذكر أن " ماسلاش Maslach توصلتْ من خلال بحوثها على العاملين في مجال الصحة من الممرضات والأطباء، وكذلك المرشدين إلى أن القيود الانفعالية التي يسببها التواصل بين هؤلاء العاملين وعملائهم مثل : وفاة أحد المرضي ، والصراعات مع المديرين، والأخبار السيئة ... جعلت هؤلاء العاملين يشعرون بالإجهاد الانفعالي، وهو أحد أبعاد الإنهاك النفسي.

يتضح مما سبق أن النظرة العامة إلى الإنهاك النفسي Burnout أنه يصيب العاملين في مجال الرعاية الصحية ، حيث إنهم يتعرضون لدرجة عالية من الضغوط فهم يتعاملون مع المرضى مما يترك أثرا سلبيا على الفرد، ويشاهدون وفاة المرضى الذين يتعاملون معهم ، إضافة للصراعات التي يجدونها في العمل من قِبل المديرين والزملاء، إضافة إلى أن الإنهاك النفسي Burnout، في مجال الرعاية الصحية أكثر وضوحا من المهن الأخرى ، مما جعلهم قصروا التعرض له علي تلك المهن، ولكن تغرتْ تلك النظرة فيما بعد .

3-3-2 المرحلة التجريبية : (1980) حتى الآن .

وفيها تطورت النظرة للإنهاك النفسي ، حيث أشارتْ رجوات متولي (2005) إلى أنها بدأت في بداية الثمانينات من القرن العشرين، وتطور خلالها مفهوم الإنهاك النفسي من الناحية التجريبية، فلقد أصبحت دراسات الإنهاك النفسي أكثر منهجية ، كذلك الاهتمام بوضع قائمة لقياس الإنهاك النفسي.

و في هذه الحقبة ظهرت بعض الدراسات الأكثر منهجية حيث أشارت أليجا وآخرون (2005) Aluja,et.al، إلى أنه في تلك المرحلة ظهرت دراسة ماسلاش وتلميذتها سوزان جاكسون Maslach & Jackson وذلك في سنة (1981) وقدمتا خلالها أول محاولة جادة لقياس الإنهاك النفسي في مجال الرعاية الصحية ثم طورتا تلك الأداة سنة (1987) لقياس الإنهاك النفسي للعاملين في مجال المهن الاجتماعية، ولذلك المقياس ثلاثة أبعاد : الإجهاد النفسي، وتبلد المشاعر، ونقص الشعور بالإنجاز الشخصي ولقد لَقي ذلك المقياس شهرة واسعة سوف يتم مناقشتها لاحقا .

كما حاول بعض الباحثين ربط الإنهاك النفسي ببعض المفاهيم والمتغيرات الأخرى مثل : الصلابة النفسية والمناخ المغلق في العمل كدراسة كايون ، و كورتز (1985) Kayon & Kurtz، والرضا الوظيفي وصراع الأدوار في دراسة بيكو (2006) Piko مما يدلنا على أن الإنهاك النفسي ارتبط بأغلب مجالات الحياة ، ومنها العمل المهني، والشخصية ، والنمط الإداري المتَّبع في العمل .

وإذا انتقلنا إلى النتاج الفكري العربي نجد أن مصطلح الإنهاك النفسي Burnout ظهر على يد علي عسكر وآخرين (1986) ونظر إليه بعض الباحثين أمثال كمال دواني وآخرين(1989) على أنه مفهوم ثلاثي الأبعاد : الإجهاد الانفعالي وضعف الاهتمام بالبعد الإنساني، ونقص الكفاءة والإنجاز الشخصي.

في حين نظر إليه عادل عبد الله، والسيد فرحات (2007) على أن له ثمانية أبعاد: العلاقة بالطلاب، والمساندة الإدارية من المدرسة، والعلاقة مع الموجهين، وإعداد وتأهيل المعلم، والمناهج وطبيعتها، والوسائل التعليمية وتوافرها ، والعلاقة بالزملاء ، والآثار النفسية والجسمية المترتبة على ذلك ، وذلك الاختلاف في عدد الأبعاد من مقياس وآخر يرجع لاختلاف العينة ولظروف ثقافية أخرى، بل لقد استخدم مصطلح الإنهاك النفسي Burnout في مجالات عديدة: ففي مجال الطب نجد دراسة جروسي وآخرين (2003) Grossi,et.al ، وفي التعليم دراسة فيلا و كالفت (2004) Villa & Calvete.

وفي مجال التربية الخاصة دراسة كانو جارسيا وآخرين (2005) Cano Garcıa,et.al ، وفي مجال الرياضة دراسة بتريسزيك (2006) Pietraszuk ، ومع ذلك زادت مصداقية البحوث وظهرت أكثر من أداة لقياس الإنهاك النفسي ، ومنها مقياس ماسلاش وجاكسون (1987)، ومقياس عادل عبد الله (1994)، ومقياس كرستينسن و آخرين (2005).Kristiansen,et.al.

تعقيب :

مما سبق فإن الإنهاك النفسيBurnout موجود منذ عهد قديم، حيث إنه ارتبط بوجود ضغوط زائدة ومستمرة تفوق قدرات الفرد، وبطبيعة الحال فالإنسان منذ وجوده على سطح الأرض معرض للضغوط، لذلك فمظاهر الإنهاك النفسي موجودة منذ زمن بعيد، ولكن لم يكن يعرف بذلك المصطلح الإنهاك النفسي ولقد

اهتم به الباحثون لخطورته على الفرد و على أسرته و كذلك العمل مما قد يؤثر على الإنتاج القومي بطريقة سلبية، لذلك ظهر مصطلح " **الإنهاك النفسي الزواجي** " " **Marital Burnout** " كما في دراسة إريكسون وآخرين (2000) Erickson,et.al ، التي أثبتت علميا وجود الظاهرة بمعنى آخر أثبتت الدراسة تخطي آثار الإنهاك النفسي مجال العمل للوصول إلى الأسرة و التأثير سلبا على العلاقة الزوجية و منه على الأسرة ككل.

3-4 الإنهاك النفسي وبعض المفاهيم الأخرى :

إن الإنهاك النفسي Burnout له صلة ببعض المفاهيم الأخرى ، مما قد يجعل بعض الباحثين يخلطون بين تلك المفاهيم ، من هنا كان من المهم توضيح الفرق بينه وبين هذه المفاهيم ، ومنها :

3-4-1 الضغوط Stress :

إذ كان الإنهاك النفسي Burnout مرحلة متقدمة من الضغط ، فمع ذلك فالضغط مطلوب بمستوى معين، فقد ذكر ديفيد فونتانا (1993) Fontana أن الضغط Stress يمثل العنصر المجدد للطاقة التكيفية للعقل والجسم ، فإذا كانت هذه الطاقة يمكن التكيف معها فيكون الضغط مفيدا ، أو كما يسميه بعض الباحثين الضغط الإيجابي ، أما إذا لم يمكن التكيف معها فيكون ضارا ، أو كما يسميه بعضهم الآخر الضغط السلبي ، لهذا لابد من وجود قدر معين من الضغط لتسير عجلة الحياة ، ويؤيد ذلك قوله تعالى : " الَّذِين أُخْرِجوا مِن ديارِهِم بِغير حقٍّ إِلَّا أَن يقُولوا ربنا اللَّه وَلوَلا دفْعُ اللَّهِ النَّاس بعضَهم ببعضٍ لَّهد متْ صوامِعُ وبِيَعٌ و صَلَواتٌ و مساجِدُ يذْكَرُ فِيها اسم اللَّهِ كثِيرًا وَلينصُرَنَّ اللَّه من ينصُرُه إِن اللَّهَ لَقويٌّ عزِيزٌ" الحج آية **40.**

كما أشار سيد البهاص (2002) إلى أن أول فرق بين الإنهاك النفسي Burnout والضغط النفسي Stress يتضح من خلال أن الضغط النفسي قد يكون مفيدا، وقد يكون ضارا، أما الإنهاك النفسي فهو دائما سلبي وضار، لهذا فالضغط مطلوب ولكن بقدر معين،وإذا زاد عن ذلك القدر ولم يستطع الفرد التعامل معه بطريقة إيجابية ، فإنه يمثل جهدا زائدا على الفرد، ولهذا قد يتعرض للإنهاك النفسي .

ومع ذلك فهناك خلط بين مصطلحي الإنهاك النفسي Burnout والضغط Stress لدى بعض الباحثين ، فقد سوى سيد عبد العال (2002) بين مصطلحي الإنهاك النفسي و الضغط

في حين يفرق بين Stressors و Stress فيرى أن Stressors بمعنى المسببات للضغط والإنهاك النفسي أما Stress فهو الضغط أو حالة الضغط، ويكون نتيجة الضغوط التي يتعرض لها الفرد، و يشير إليها بالاحتراق (الإنهاك) النفسي ليدل على تلك الحالة، وإذا كان سيد عبد العال قد سوى بين المصطلحين فإن فوزية عبد الحميد، وعبد الحميد سعيد (2003) قد فرقا بينهما بناء على أهداف الفرد حيث إن الضغط يمكن حدوثه لأي شخص، بينما الإنهاك يحدث لمن بدأ حياته بأهداف عليا ودافعية مرتفعة ثم أُحبِط ولم يحقق أهدافه، كما أن الضغط يمكن أن يصيب عدد أكبر من الأفراد بينما الإنهاك يحدث لعدد أقل من الأفراد ، إضافة إلى أن الضغط يوجد في جميع المهن أما الإنهاك فيحدث في المهن التي تتضمن التواصل مع الناس.

بل إن رجوات متولي (2005) ترجمتStress بالمشقة أو الضغوط ، وذكرت أن الإنهاك النفسي Burnout يختلف عن المشقة أو الضغوط، فالعلاقة بينهما علاقة العام بالخاص ولهذا فالضغط يمكن أن يصيب العديد من الأفراد، حيث إنه أساس من أساسيات الحياة ، كما يوجد في كل مجالات الحياة بل يعتبر دافعا للفرد لتحقيق حياة أفضل، أما الإنهاك النفسي Burnout فقد يتعرض له الفرد عندما يجد الضغط ولا يستطيع التعامل معه، ولذلك قد يتعرض له الفرد دون الآخرين، ولهذا فعدد الذين يتعرضون للإنهاك النفسي أقل من الذين يتعرضون للضغوط المختلفة، ولهذا فالعلاقة بينهما علاقة العام بالخاص، فكل فرد منهك نفسيا هو مضغوط، وليس العكس .

كما أضاف مجدي عزيز (2007) أن الإنهاك والضغط كليهما يعبر عن حالة من الإجهاد والتعب، ولكن يختلف الإنهاك عن الضغط من خلال أن الإنهاك أقصى مرحلة للضغط ، فيشعر الفرد بالضغوط عندما يقابل مشكلات صعبة لفترات طويلة دون أن يجد المساعدة من جانب الآخرين لمقابلة تلك الضغوط ، وعندما يستمر الحال هكذا فيتعرض الفرد للوقوع في خطر الإنهاك النفسي. ولذلك فان الضغط النفسي يعتبر

من مصادر الإنـهاك النفسي إذا استمر دون القدرة على مقابلته ، كما أشارت نتائج بعض الدراسات مثل : نجاه موسى ومديحه عثمان (1997)، ونشوى دردير(2008).

يتضح مما سبق أن الإنهاك النفسي يختلف عن الضغط Stress حيث أن الإنهاك النفسي مرحلة متقدمة من مراحل الضغوط النفسية، لهذا فمصطلح الضغط أشمل وأعم من مصطلح الإنهاك، أما مصادرهما فقد تتشابه ، ولكن الاختلاف أن مصادر الإنهاك النفسي تستمر دون القدرة على التكيف معها ، في الوقت الذي لا يجد فيه الفرد الدعم الكافي للتغلب على هذه الضغوط، وهكذا فالإنهاك والضغط مرتبطان معا، ويختلفان في استمرار الضغط وعدم القدرة على التعامل معه مما يؤدي لحدوث الإنهاك النفسي، ومع ذلك فقد اختلط الأمر على بعض الباحثين .

3-4-2 القلق Anxiety :

يعتبر القلق Anxiety من مصادر الإنهاك النفسي Burnout كما يعتبر من مظاهره ، فقد ذكرت منى بدران (1997) أن القلق يشير إلى وجود صراع انفعالي غير واع، وعندما يصل هذا الصراع إلى الدرجة التي يعانى منها الجسم فيشعر بالضغط ، ثم يتحول مع مرور الوقت للإنهاك النفسي.

كما يضيف فاروق عثمان (2001) أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد ، حيث يتملك الفرد الكدر الشديد والضيق ويؤثر في الفرد ويجعله يفقد الثقة في نفسه، لهذا فالإنهاك النفسي يختلف عن القلق المرضي، حيث قد يكون القلق غير معلوم المصدر غالبا، أما الإنهاك فينشأ من مصدر معلوم ومع مرور الوقت قد يتحول ذلك الخوف ويكون مصدرا للإنهاك النفسي .

كما أيد ذلك عبد الرحمن هيجان (1997) فذكر أن القلق يختلف عن الضغوط والإنهاك النفسي حيث إن القلق قد يكون سببا للضغوط والإنهاك النفسي، بل قد يعد القلق ردا تجاه الضغوط ،وقد يرتبط الإنهاك النفسي بمرحلة عمرية معينة لارتباطه بضغوط العمل، حيث أشارت نشوى دردير(2007) إلى أن القلق قد يوجد في أي مرحلة عمرية كالطفولة التي تقابل الفرد العمل، خلاف الإنهاك النفسي المرتبط أساسا بالعمل ومرحلة الرشد.

يتضح مما سبق أن القلق **Anxiety** يختلف عن الإنهاك النفسي **Burnout** و إن كان كلاهما اضطرابا يتعرض له الفرد، وتصاحبه بعض المظاهر التي قد تتداخل فيما بينها، ومع ذلك فالقلق (كحالة) قد يكون ضروريا لسير الحياة ودفع الفرد للقيام بسلوكيات مرغوبة كقلق الاختبار، في حين نجد الإنهاك النفسي سلبيا دائما، كما أن القلق يمكن وجوده في أغلب المراحل العمرية للفرد، أما الإنهاك النفسي فيرتبط بضغوط العمل، أي يرتبط بالمرحلة العمرية التي يعمل فيها الفرد، كما يمكن أن يكون القلق سببا لحدوث الإنهاك النفسي .

3-4-3 التعب :

يختلف الإنهاك النفسي عن التعب أو التوتر المؤقت ، حيث يرى علي عسكر(2000) أن التعب يشكل العلامة الأولى للإنهاك النفسي، كما أن الإنهاك النفسي يتصف بأنه حالة من الثبات النسبي فالإنهاك النفسي أشمل وأعم من التعب، ولذلك يمكن القول أن التعب مرحلة أولى للإنهاك النفسي، كما إنه يمكن أن يصاب به مجموعة كبيرة من الناس، أما الإنهاك النفسي فيصاب به عدد أقل، حيث أن المصابين بالتعب بعضهم يستطيع التكيف معه ،فيحصلون على راحة مناسبة تمكنهم من الاستمرار في عملهم ، أما الإنهاك النفسي فيعبر عن الاستمرار النسبي للتعب والتوتر، فيشعر الفرد أنه مستنزف القدرات إضافة للإجهاد البدني المستمر، كما يمكن أن يكون التعب من مظاهر الإنهاك النفسي .

3-4-4 التدريب الزائد Over training :

قد يتحمل الفرد حِملا زائدا عن مستوى الأداء مما يعرضه للضغوط، فقد ذكر أسامه راتب (1998) أن العبء الزائد في التدريب يمثل الشكل السلبي في تدريب الفرد، ويطلق عليه الحِمل الزائد، كما أن هناك تشابها بين التدريب الزائد والإنهاك النفسي للفرد، حيث إن كليهما ناتج عن ضغوط التدريب والمنافسة، إلا أن التدريب الزائد يرتبط بالضغوط، أما الإنهاك النفسي فيشمل محاولة فهم وتفسير أسباب تلك الضغوط، ولذلك فالإنهاك مرحلة أعلى من التدريب الزائد.

يتضح مما سبق أن التدريب الزائد يختلف عن الإنهاك النفسي، حيث أن الفرد عندما يعمل عملا لا يمتلك القدرة على إنجازه، فإنه يكلف نفسه مزيدا من الجهد بما لا يتناسب مع ظروفه، لذلك فالتدريب الزائد مرحلة أولية، بل إنه يعتبر مصدرا من مصادر الإنهاك النفسي، فالعلاقة بينهما علاقة السبب بالنتيجة .

3-4-5 الإعياء العاطفي Compassion fatigue :

إن من أبعاد الإنهاك النفسي كما ذكر بعض الباحثين مثل : إريكسون وآخرون (2000) Erickson,et.al، تبلد المشاعر الوجدانية، لهذا فقد أشار كونراد و كيلار-جينزر (2006)-Conrad & Kellar Guenther أن الإعياء العاطفي مرحلة من مراحل الإنهاك النفسي وأن الإنهاك النفسي يشترك مع الإعياء العاطفي في القلق والكآبة ومشاعر العجز، ويختلفان في أن الإنهاك النفسي يحدث ردا على ضغوط العمل المزمنة عبر مراحل متدرجة، أما الإعياء العاطفي قد يحدث فجأة مع وجود مقدمات بسيطة ، كما أن علاج الإعياء العاطفي أسهل من علاج الإنهاك النفسي، أي أن الإعياء العاطفي بعد من أبعاد الإنهاك النفسي، فالإنهاك أشمل من الإعياء، كما أن الإعياء العاطفي يقتصر على الجانب العاطفي، أما الإنهاك النفسي فيشمل جانبا معرفيا، وسلوكيا ، إضافة للجانب العاطفي .

3-5 مراحل حدوث الإنهاك النفسي ومستوياته :

الإنهاك النفسي لا يحدث فجأة بل يحدث عقب عدة إرهاصات، وكما سبق القول فبعض الباحثين نظر إليه على أنه عملية لها مراحل معينة، ومع ذلك فقد اختلفوا في عدد تلك المراحل ففريق ذكر أن له ثلاث مراحل، والثاني أشار أصحابه إلى أن له أكثر من ثلاث مراحل، وهو ما سيتم عرضه فيما يلي :

3-5-1 الفريق الأول :

ويرى أن للضغوط النفسية والإنهاك النفسي ثلاث مراحل ، ومن هؤلاء سيلي (1976) **sely** ومشير اليوسفي (1990)، وسيد عبد العال (2002)، وسماح الأكسر (2003)، وحسن مصطفى (2006) ... ومن مراحله ما يلي :

3-5-1-1 مرحلة الإنذار والتنبيه Alarm :

ويتم فيها استثارة الجسم ، حيث يبدأ في الانتباه للخطر ، وينذر المُخ الفرد (العامل) بقرب فقد قدرته على التحمل تدريجيا، فتظهر استجابات هرمونية فيشعر الفرد بارتفاع ضغط الدم، والتوتر العضلي، وسرعة التنفس...

3-5-1-2 مرحلة الاستجابة للإنذار والمقاومة :

حيث يدرك الفرد الخطر ويحاول التكيف من خلال عدة طرق منها : تحويل الشغل لأحد العمال الآخرين ، وأخذ أجازة ، ... وفشل الفرد في التكيف معه سوف يدخله المرحلة الثالثة .

3-5-1-3 مرحلة الإنهاك النفسي:

حيث إن الفرد قد فشل في التكيف مع هذه الضغوط، مما يجعل طاقته تنهك وتحدث استجابات مرضية، فقد أشار سيد عبد العال (2002) إلى أن الفرد نتيجة لتلك الضغوط، ولعدم قدرته على التكيف معها، فإنه يعاني المرض الجسمي، المعاناة النفسية وأمراض القلب ...، وهذه المرحلة من أخطر المراحل حيث من الممكن أن يصاب الفرد بجلطة في الدماغ، فيترك العمل نهائيا، وتضطرب علاقته بالبيئة العائلية بل سيكون عبئا علي الدولة، حيث يتحول من فرد منتج إلى فرد عالة، ويقول بنفس المراحل السابقة مجموعة من الباحثين ، منهم : محمد طوالبه (1999)، وعلي عسكر (2000)، نشوى دردير (2008)...

وقد فسر محمد طوالبه (1999) تلك المراحل، فالمرحلة الأولى تحدث نتيجة لقلة التوازن بين متطلبات الشغل وقدرات الفرد للأداء، ثم تأتي المرحلة الثانية فيشعر الفرد بالقلق ويحاول الحفاظ على طاقته، ثم تأتي المرحلة الثالثة وتحدث مجموعة من الاضطرابات في اتجاهات وسلوكيات الفرد كالمعاملة الجافة للآخرين، وعدم الوفاء بالمتطلبات والمسؤوليات، لهذا فالإنهاك النفسي يحدث عبر مراحل ثلاث – كما ذكر أصحاب ذلك الفريق – تبدأ بتنبيه الفرد وإنذاره بوجود خطر يقابله، ثم يبدأ الفرد في حشد قدراته ومحاولة مواجهة ذلك الخطر والتكيف معه، وفي حالة عجز الفرد عن ذلك فإنه يدخل المرحلة الثالثة حيثُ تنهك قواه، لهذا فالإنهاك النفسي أعلى مراحل الضغوط .

3-5-1-4 مستويات الإنهاك النفسي :

إذا كان الإنهاك النفسي يحدث عبر مراحل متعاقبة ، فإن له بعض المستويات المتدرجة ، ومنها ما ذكرته منى بدران (1997) أن له ثلاثة مستويات :

1) إنهاك نفسي معتدل : حيث ينتج عن نوبات متكررة من التعب والقلق والإحباط.

2) إنهاك نفسي متوسط : وينتج عن نفس مصادر المستوى السابق ، ولكنها تستمر لمدة أطول.(أسبوعين على الأقل) مع عدم القدرة على مواجهتها بفاعلية .

3) إنهاك نفسي شديد : وينتج عن بعض المظاهر الجسمية مثل القُرح ، ونوبات الصداع المزمن الشديد ، وآلام الظهر المزمنة.

تعقيب :

اتفقتْ المجموعة على أن الإنهاك النفسي يحدث عبر مستويات ثلاثة، وكذلك مراحل ثلاث تبدأ بالانتباه لمصدر الضغط والخطر وملاحظته، وفي الغالب ما يكون ذلك الخطر أكبر من قدرات الفرد، ثم يدخل المرحلة الثانية، حيث يحاول التكيف مع ذلك الضغط وكذلك المحافظة على حالته واتزانه.

فإن استطاع فخير ونعمة، وإلا فيدخل المرحلة الثالثة حيث تنهك قواه ، وتُستنزف قدراته، ويعاني اضطرابات متعددة هذا من جانب، ومن جانب آخر نجد إنه من الضروري وجود درجة معينة من الضغوط، كي تسير عجلة الحياة، حيث إن الفرد لابد له من مستوى معين من الضغط كي ينتج بشكل فعال، مع العلم أن ذلك المستوى يختلف من فرد لآخر نظرا لوجود الفروق الفردية بين الأفراد ولذلك فقد رأى ذلك الفريق أن الإنهاك النفسي له مستويات ثلاثة، تبدأ بالمعتدل ثم المتوسط ثم الشديد .

3-5-2 الفريق الثاني :

يرى أصحابه أن الوصول إلى الإنهاك النفسي يتم عبر أكثر من ثلاث مراحل ، فقد ذكر ماتيسون وإفانسيفش (1987)**Matteson & Ivancevich** أن الفرد يصل للإنهاك النفسي عبرالمراحل التالية :

3-5-2-1 مرحلة الاستغراق والتدخل Involvement :

حيث يكون في بدايتها مستوى الرضا الوظيفي مرتفعا ، ولكن مع عدم حدوث ما يتوقعه الفرد من العمل ، وقلة الدعم المقدم له ، فيبدأ انخفاض مستوى الرضا الوظيفي للفرد ، ويدخل المرحلة الثانية .

3-5-2-2 مرحلة التبلد والركود Stagnation :

حيث ينخفض فيها مستوى الرضا الوظيفي تدريجيا وتقل الكفاءة ويشعر الفرد بالاعتلال ، وينقل اهتمامه لمظاهر أخرى غير مجال العمل مثل : الهوايات .

3-5-2-3 مرحلة الانفصال Detachment :

حيث يدرك الفرد ما حدث ، ويبدأ في الانسحاب نفسيا ، وتعتل الصحة البدنية والنفسية للفرد ، ويرتفع مستوى الإجهاد النفسي .

3-5-2-4 مرحلة الأزمة والإحراج Juncture :

وهى أعلى مراحل الإنهاك النفسي، حيث تزداد المظاهر البدنية، النفسية والسلوكية سوءا يفكر الفرد في ترك العمل بل يصل لمرحلة الانفجار، وقد يفكر الفرد في الانتحار، كما ذكر سيد البهاص (2002) رأي إدليويش، و برودسكي Edlewich & Brodsky (1980) حيث ذكرا المراحل التالية :

(أ) **الحماس** Enthusiasm : ويكون فيها الفرد المعلم على درجة عالية من الحيوية والنشاط والحماس مما يجعل الفرد متوافقا بدرجة كبيرة مع عمله ، بل ينتج لدرجة قد تزيد عن الحد المطلوب .

(ب) **الجمود** Stagnation : حيث يشعر الفرد المعلم بأنه قد أعطى كثيرا لمهنة التدريس ، ولم يأخذ إلا قليلا ، و إنه يجب أن يفكر في المستقبل بدرجة أكبر .

(ج) **الإحباط** Frustration : حيث تتنازع الفرد المعلم الشكوك والإحساس بعدم الثقة في النفس حتى يشعر بعدم الكفاءة ، ويقل الرضا الوظيفي .

(د) **اليأس وفتور الهمة** Apathy : يشعر الفرد العامل فيها بأنه محبط تماما بسبب مهنته الجامدة ، والتي يغلب عليها الجانب الروتيني.

أما لانجلي (2003) Langle فيذكر أن " فرويدنبرجر Freudenberger أشار إلى أن الإنهاك النفسي له مرحلتان الأولى مرتبطة بالأحاسيس، والثانية بدونها، ثم طور تلك المراحل في عام (1992) ووسعها، حيث أصبحت اثنتا عشرة (12) مرحلة تبدأ بقهر الفرد لذاته معززا ذلك بالمجهود الذي يبذله وما يصاحبه من تجاهل لحاجات الفرد نفسه، وكذلك إعادة تفسير القيم، وتجاهل النتائج، وتقود في النهاية للتراجع ونقص الشخصية، والفراغ الداخلي، ثم استنزاف وإنهاك كامل.

تعقيب :

يتضح مما سبق أن الفرد لا يصل إلى الإنهاك النفسي فجأة، وإنما عبر عدة مراحل تبدأ بالحماس والنشاط الذي يكون عليه الفرد العامل، حيث يبدأ العمل بحماس زائد، ولكنه بعد فترة يلاحظ أن العائد عليه من ذلك العمل لا يتناسب مع ما يبذله من جهد، ولا يحقق له أهدافه، وأنه يجب أن يفكر في مستقبله فينسحب نفسيا وتعتل صحته، ويشعر بعدم الكفاءة وعدم الثقة بالنفس، فتضطرب علاقاته في العمل، بل إن ذلك يمتد لباقي مجالات الحياة، وتتفاقم المشكلة ويشعر بالإنهاك النفسي .

من هنا فيمر تعرض الفرد للإنهاك النفسي بمراحل، منها الانغماس في العمل والإخلاص فيه أملا في تحقيق ما بدأ من أهداف، ثم الجمود حيث يغلب عليه الروتين ويقل حبه للعمل نتيجة عدم مساندة العمل له نفسيا، وماديا ...، ثم انفصال الفرد عن عمله ويبدأ في الانسحاب نفسيا من العمل ولا ينتج بالكفاءة المعهودة عنه من قبل، ثم يصل الفرد لأعلى مراحل الإنهاك النفسي حيث تقل ثقته بنفسه لدرجة ملحوظة ويفكر في ترك العمل والبحث عن عمل آخر يحقق له ما يريد .

3-6 نظريات الإنـهاك النفسي :

يعتبر الإنـهاك النفسي مرحلة متقدمة من الضغوط ، لهذا فإنه يصيب الفرد بمجموعة من الاضطرابات التي تقف حائلا أمام الفرد وأهدافه، حيث أشار ليندن وآخرون (2005) Linden,et.al إلى أن الشخص الذي يعاني الإنهاك النفسي يعاني مشكلات في الانتباه والإدراك، بل قد يتطور الأمر لأن يحبط الفرد ويترك عمله، مما تنعكس آثاره على الفرد والمجتمع بطريقة سلبية، لذلك فقد حاولتْ بعض النظريات تفسير الإنهاك النفسي، وهو ما أحاول عرض بعضه فيما يلي :

3-6-1 نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory :

يعتبر فرويد Freud مؤسسا لتلك النظرية ، حيث جاءت عقب عصر كان الناس ينظرون للاضطرابات النفسية على أنها نوع من الجنون ، فقد ذكر جمعة يوسف (2001) أن فرويد قد ركّز على مكونات ثلاثة الشخصية (الهو Id، الأنا Ego، الأنا الأعلى Super Ego) وحدد لكل مكون دوره في نمو الشخصية وتفاعلها، لذلك فقد نظر للاضطراب والمرض الذي يصيب الفرد على ضوء الصراع الذي يحدث بين مكونات الشخصية السابقة.

وإذا كان بعض الباحثين ينظرون للاضطرابات التي تقابل الفرد وفق رؤية فرويد من خلال الصراع الذي يحدث بين مكونات الشخصية ، فإن رجوات متولي (2005) تضيف تقسيما آخر لرؤية التحليل النفسي إلى الإنهاك النفسي، حيث ترى أن رؤية التحليل النفسي للإنهاك النفسي تتمثل في جهات ثلاث :

(أ) أن الإنهاك النفسي ينتج عن الإجهاد المتواصل الذي يتعرض له الفرد .

(ب) أنه ناتج عن فقدان وظيفة ومثالية الأنا في علاقتها بالآخرين ذوي الدلالة في حياة الفرد .

(ج) أنه ناتج عن الكف الذي يحدث للتفاعلات غير الملائمة أو المتعارضة.

وإذا نظرنا للنماذج الثلاثة السابقة في نظرتها للإنهاك النفسي نجد أن الإنهاك النفسي ينتج عن الإجهاد المتواصل الذي يتعرض له الفرد، ولا يستطيع التكيف معه بطريقة إيجابية مقبولة ، ولذلك ذكرتْ ماسلاش و جولدبرج (1998) Maslach & Goldberg أن الإنهاك النفسي يحدث نتيجة الإجهاد والضغط

الزائد في العمل ونفاذ طاقته، لاسيما الفرد المتحمس، حيث إنه يبدأ عمله متحمسا لتحقيق أهدافه فيقَابلُ بضغوط زائدة، هذه الضغوط غالبا تكون مستمرة ولا يستطيع الفرد مواجهتها، مما يؤثر فيه سلبا.

وذالك ما أيدته أهولا، و هاكانين (2007) Ahola & Hakanen حيث ذكرا أن فرويدنبرجر Freudenberger يعتبر الإنهاك النفسي عملية تدريجية يأتي على رأس الضغوط النفسية، لهذا نظر إليه على أنه استمرار مرضي لضغوط العمل مع عدم القدرة على حلها، لذلك فإنه يرجع جوهر الإنهاك النفسي للأنا ، حيث أن الفرد المنهك يضغط على نفسه فترة طويلة مقابل تحقيق الإنجاز في عمله، وذلك على حساب الأنا، لهذا فإن ذلك الفرد يعلي من قيمة عمله، ويهتم به لدرجة أنه يذيب أي شيء مقابل عمله لأنه يجد نفسه فيه، وهذا الوضع لا يستمر طويلا، حيث يتعرض للإنهاك النفسي .

أما وجهة النظر الثانية فهي أن الإنهاك النفسي يحدث نتيجة فقدان وظيفة الأنا، ومثاليتها في علاقاتها بالآخرين المؤثرين في حياة الفرد، حيث إن الفرد يسعى لأن يتعلق بمن يمثل محطة مهمة في حياته، حيث ذكرت صفاء إسماعيل، ومحمد نجيب (2004) أن الزوج مثلا يتعلق بزوجته لأنها محطة مهمة في حياته فتمده بالمساندة والدعم اللازمين في حياته، وذلك تعلق وجداني يزيد ارتباط الزواجين معا لذلك فإن الفرد يسعى للتعلق بمن يمثل له أهمية، ويقدم له المساندة والدعم، فالزوج مثلا يتعلق بزوجته، والمعلم يتعلق بمديره، والطالب يتعلق بمعلمه، حيث يجد عنده المساندة والمثالية التي تبحث عنها الأنا .وإذا كان الأمر كذلك فإن الفرد عندما يشعر أن الشخص الذي يتعلق به بدأ في التخلي عنه، وأن الأنا فقدت مثاليتها في علاقاتها بالآخرين ذوي الدلالة في حياة الفرد، فإنه يكون معرضا للإنهاك النفسي مما يربط بين الإنهاك النفسي وفقد المساندة للفرد، حيث ذكرت رجوات متولي (2005) أن الإنهاك النفسي يحدث وفق ذلك المنظور التحليلي بطريقة غير مباشرة، حيث يتكون لدى الفرد انطباع أن الآخر ذي الدلالة يهاجمه، أو بدأ دوره ومساندته له تضعف.

أما وجهة النظر الثالثة فترى أن الإنهاك النفسي يحدث نتيجة للكف الراجع إلى الدفاعات غير الملائمة، حيث يحدث الصراع بين مكونات الشخصية الثلاثة فتضطر الأنا لكبت الدفاعات غير الملائمة،

أو المتعارِضة فقد أشار جمعة يوسف (2001) إلى أنه عندما يحدث تعارض بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى، مما يجعل الفرد يكبت الرغبات الجنسية المحرمة عن طريق الأنا، وبذلك تستعيد الأنا جزءا من تنظيمها، ثم يبدأ الفرد في تحويل الرغبات المكبوتة إلى أعراض عصابية والتي تعتبر إشباعات بديلة للرغبات المكبوتة، ثم مع نمو الفرد وعدم نجاح الكبت كوسيلة لحل الصراع بين مكونات الشخصية فإنه يعيش صراعا عصابيا مركّزا، ولذلك فالفرد المنهك يحاول كبت مجموعة من الرغبات غير الملائمة ولكنها مع مرور الوقت تتحول لأعراض عصابية كوسيلة تنفيسية لذلك الصراع فيظهر الإنهاك النفسي كنتيجة لما سبق

بل لقد اهتم بعض الباحثين بتقليل آثار الإنهاك النفسي وفق مبادئ نظرية التحليل النفسي فنجد أن هاكانين و آخرين (2006) Hakanen,et.al استخدموا بعض الفنيات لمنع الإنهاك النفسي، ومنها: فنية التنفيس الانفعالي، حيث نتيح للفرد الفرصة ليعبر عن مشاعره العاطفية بالطريقة المناسبة له، وتلك الفنية من فنيات التحليل النفسي، وبالفعل استطاعوا تقليل آثار الإنهاك النفسي لعينة المعلمين الذين أجروا دراستهم عليهم.

وبذلك فإن مدرسة التحليل النفسي نظرت للإنهاك النفسي على أنه ناتج عن عملية ضغط الفرد على الأنا لمدة طويلة، وذلك مقابل الاهتمام بالعمل، مما قد يمثّل جهدا مستمرا لقدرات الفرد مع عدم قدره على مواجهة تلك الضغوط بطريقة سوية، أو أنه ناتج عن عملية الكبت أو الكف للرغبات غير المقبولة بل المتعارضة في مكونات الشخصية، مما ينشأ عنه صراع بين تلك المكونات ينتهي في أقصى مراحله بالإنهاك النفسي أو أنه ناتج عن فقدان الأنا المثل الأعلى لها وحدوث فجوة بين الأنا والآخر الذي تعلقت به، وفقدان الفرد جانب المساندة التي كان ينتظرها، كما أنه يمكن استخدام بعض فنيات مدرسة التحليل النفسي لعلاج الإنهاك النفسي كالتنفيس الانفعالي .

3-6-2 النظرية السلوكية Behavior Therapy :

لقد اهتمت المدرسة السلوكية بسلوك الفرد، ورأت أنه متعلّم سواء كان ذلك السلوك سويا أم كان غير سوي، حيث ذكر لويس مليكه (1990) أن السلوكيين يرون أن معظم أفعالنا متعلمة سواء السوية أو

اللاسوية، ومن ثم يمكن تعديلها باستخدام قوانين التعلم إذا توافرت الظروف الملائمة، مع التركيز على السلوك الحاضر، وتوفير بيئة مناسبة.

وإذا كان الأمر هكذا فإن الإنهاك النفسي كسلوك ينتج عن عملية تعلم الفرد وتفاعله مع ظروف البيئة غير المناسبة، وبذلك فهو سلوك لا سوي، حيث يرى لويس مليكه (1990) أن السلوك اللا سوي هو الفشل في تعلم مهارات التعامل مع البيئة وتعلم سلوك غير مناسب، كما أضاف أحمد الحراملة (2008) أن السلوكيين يعتبرون الإنهاك النفسي حالة داخلية ناتجة عن عوامل بيئية وظروف مضطربة إذا ما ضبطتْ أمكن خلالها تقليل الإنهاك النفسي، ولذلك فيمكن استخدام استراتيجيات تعديل السلوك للتخفيف من آثار الإنهاك النفسي، ولتحقيق أعلى مستوى من الأداء.

ولقد اهتم بعض الباحثين باستخدام بعض الاستراتيجيات السلوكية للتخفيف من مشكلة الإنهاك النفسي فنجد هاكانين وآخرين (2006) Hakanen,et.al، قد استخدموا بعض الفنيات العلاجية ومنها فنية الاسترخاء، و التعزيز وزيادة المرتبات، والضبط الذاتي من خلال السيطرة الذاتية على الضغط والاسترخاء وأخذ الحمامات الدافئة وهي من الفنيات السلوكية للتخفيف من آثار الإنهاك النفسي لدى عينة من المعلمين، ولقد استطاع التخفيف من حدة المشكلة، مما يدعم فعالية بعض الطرق السلوكية في مقابلة تلك المشكلة.

بذلك فالنظرية السلوكية تنظر للإنهاك النفسي على ضوء عملية التعلم على أنه سلوك غير سوي تعلمه الفرد نتيجة ظروف البيئة غير المناسبة، فالمعلم مثلا الذي يعمل في مدرسة لا تتوافر فيها الوسائل التعليمية اللازمة، ويوجد بها مدير ومعلمين غير متعاونين، وكذلك تلاميذ لا تتوافر لديهم دافعية صادقة للتعلم، بل تقع عليه ضغوط من قبل الزوجة والأولاد، إضافة للارتفاع الكبير في الأسعار، كل ذلك يدخل تحت البيئة المحيطة بالمعلم وتلك البيئة بهذا الشكل غير مناسبة،وإذا لم يتعلم الفرد سلوكيات تكيفية مقبولة فإنه قد يتعلم سلوكا غير سوي يسمى الإنهاك النفسي ومع ذلك فيمكن استخدام فنيات تعديل السلوك لمقابلة تلك المشكلة، ومن الفنيات السلوكية المفيدة في التصدي لمشكلة الإنهاك النفسي فنية التعزيز وزيادة الدعم للفرد، والضبط الذاتي من خلال السيطرة الذاتية على الضغط، والاسترخاء وأخذ الحمامات الدافئة .

3-6-3 النظرية الوجودية :

لقد اهتم الوجوديون بتوافر المعنى في الحياة لدى الفرد، ولذلك فإنهم يرجعون أغلب الاضطرابات إلى اضطراب المعنى في حياة الفرد، كما أن من مظاهر الإنهاك النفسي قلة توافر المعنى في الحياة، حيث أشار فيكتور فرانكل (2001) victore frankel إلى أن التوتر في حياة الفرد سببه الرئيسي فقدان المعنى، ويصفه بأنه فراغ وجودي، أو أنه إحباط لإرادة المعنى.

وإن كان فيكتور فرانكل قد ركز على فقدان المعنى، فإن لانجلي (2003) Langle أضاف أن الإنهاك النفسي من وجهة النظر الوجودية يحدث من خلال :

(أ) أن الفرد يبدأ حياته وعمله بمثل وأهداف عالية لا يمكنه تحقيقها مما يعرضه للصدمة .

(ب) أن الفرد يحتاج للتقدير الذاتي كما أنه بحاجة للتقدير الاجتماعي من غيره، وهو عندما يفشل في تحقيق أهدافه فإنه يفقد نظرته وتقديره لذاته، وكذلك احترام الناس له .

(ج) حينئذ يحدث فقدان المعنى ويشعر الفرد بالفراغ الوجودي نتيجة نقص الطاقة النفسجسمية، وفقدان القدرة على التكيف، مما يؤدي لحالة من اللامبالاة مما يبدد حياة الفرد، ويصيبه بما يسمى الإنهاك النفسي.

والعلاقة بين الإنهاك النفسي وفكرة الوجودية علاقة متبادلة ، فإذا كان لانجلي Langle (2003)، قد أشار إلى أن فقدان المعنى من مصادر الإنهاك النفسي، فإن (بينس، وكينان 2005Pines & Keinan) ذكرا أن الإنهاك النفسي يمكن أن يؤدي لفقدان المعنى من حياة الفرد خاصة الذين يعانون ضغوط العمل الزائدة مما يقلل من جودة أدائهم، بل يضيفان أن الإنهاك النفسي وفق المنظور الوجودي ليس من الضروري أن ينشأ عن الحِمل الزائد، حيث إنه قد ينشأ عن الجهد والعبء المنخفض مما يقلل ويحبط قدرات الفرد، ويشعره بفقدان المعنى، وتفاهة العمل المطلوب منه أداؤه، ويكون العلاج من خلال التركيز على جوانب القوة في حياة الفرد.

نخلص مما سبق أن المنظور الوجودي للإنهاك النفسي يركز على عدم وجود المعنى في حياة الفرد، فحينما يفقد الفرد المعنى والمغزى من حياته ، فإنه يعاني نوعا من الفراغ الوجودي الذي يجعله يشعر بعدم

أهمية حياته، ويحرمه من التقدير الذي يشجعه على مواصلة حياته، فلا يحقق أهدافه مما يعرضه للإنهاك النفسي لذلك فالعلاقة بين الإنهاك النفسي وعدم الإحساس بالمعنى علاقة تبادلية فهما وجهان لعملة واحدة – إن جاز لنا القول – حيث إن الإنهاك النفسي يؤدي لفقدان المعنى من حياة الفرد، كما أن فقدان المعنى يمكن أن يؤدي للإنهاك النفسي.

3-6-4 تعقيب :

لقد حاولت بعض النظريات تفصيل القول في الإنهاك النفسي ومن الجدير بالذكر أن مصطلح الإنهاك النفسي لم يدرس بشكل محدد واضح في كل النظريات ، وإنما بدأ بصورة استكشافية، وتم ربطه بضغوط العمل، وعلى أي حال فقد نظرت إليه بعض النظريات من خلال الإطار العام لها كما سبق القول مع هذا فلا يمكن الاقتصار على وجهة نظر واحدة، ولكن يمكن الدمج بين تلك الآراء، فنقول : أن الإنهاك النفسي مرحلة متقدمة من الضغوط النفسية تنتج عن تفاعل سمات الفرد وصفاته مع البيئة المحيطة به، حيث تكون بيئة غير مناسبة يشعر فيها الفرد بعدم الراحة مع مراعاة استعداد الفرد للإصابة بالإنهاك النفسي فإذا تعرض الفرد لضغوط لا يتحملها سواء كانت ضغوط زيادة العبء عليه، أو ضغوط قلة العبء، ولم يستطع التعامل معها بطريقة سوية ، فستقل كفاءته ويترتب عليه قلة الدعم المقدم له، وكذلك قلة إنتاجه مما يعرض الفرد للإنهاك النفسي بل قد يترك عمله، أو على أقل تقدير توجد النية لترك العمل إن وجد عملا مناسبا غير عمله الحالي، مما يبين الأثر الخطير للإنهاك النفسي على المجتمع كله بمن فيه.

3-7 مصادر الإنـهاك النفسي :

إن تتعدد مصادر الإنهاك النفسي و تداخل العوامل جعل بعض الباحثين مثل: هشام إسماعيل (1998) يذهبون إلى تصنيف مصادر الإنهاك النفسي إلى ثلاث مجموعات: الأولى تتصل بمتطلبات المهنة نفسها، والثانية: تعمل على إشراك ظروف العمل مع العوامل الشخصية الخاصة بكل فرد، وفريق آخر يسوي بين مصادر لإنهاك النفسي ومصادر الضغوط النفسية ويمثله عصمت عبد الله (2003) فيرى أن مصادر الإنهاك النفسي هي نفس مصادر الضغوط المهنية، حيث أن الإنهاك النفسي يعد مؤشرا لإحساس الفرد بالضغوط النفسية والمهنية التي يعانى منها، لذلك فقد يرى القارئ أن ما يلي يعتبر من مصادر الضغوط النفسية، ومع ذلك يمكن أن تكون من مصادر الإنهاك النفسي، حيث إن الإنهاك النفسي مرحلة متقدمة من الضغوط النفسية، حيث يحدث الإنهاك النفسي على مستوى تفاعل الفرد مع محيطه و بالضبط تفاعل السير النفسي الجسماني(النفجسماني) للفرد مع محيطه الخارجي و بالتالي فإن العوامل المجهدة قد تنبع من وسط العمل و طبيعته أو قد تتعلق بالفرد و شخصيته، و لهذا فقد أولى الباحثون ، للعوامل المسببة للإنهاك النفسي الكثير من الاهتمام الأمر الذي سمح لمنا بتصنيف تلك المصادر و هي كالآتي:

- المصادر الوظيفية والمؤسسية
- المصادر الشخصية
- المصادر الاجتماعية
- المصادر الطبيعية (الفيزيقية)
- المصادر الاقتصادية

وفيما يلي بيان لذلك :

3-7-1 المصادر الوظيفية والمؤسسية :

إن العمل والمؤسسة التي يعمل بها الفرد المصاب بالإنهاك النفسي لها علاقة مهمة جدا بإصابته بالإنهاك النفسي، وذلك لأن هذا العمل قد يملك من الضغوط ما يجعل الفرد غير قادر على التكيف معها،

فقد ذكر عمر الخرابشة وأحمد عربيات(2005) أن الجانب الوظيفي يؤدى دورا مهما في حدوث الإنهاك النفسي أو منعه، حيث إن العمل قد يؤثر سلبا أو إيجابا في الفرد وفى أدائه، حيث إنه يؤدى دورا مهما في حياة الفرد فيساعده في تحقيق حاجاته الأساسية، ويمده بالمال إلا أن فشل الفرد في تحقيق حاجاته سوف يشعره بالضغط وعدم الرضا الوظيفي، وينتهي به الأمر للوصول إلى الإنهاك النفسي ولذلك فإن المصادر الوظيفية المسببة للإنهاك النفسي يمكن تصنيفها كما يلي :

3-7-1-1 ثقافة المنظمة أو المؤسسة (شخصية المنظمة) :

إن المؤسسة كيان له طبيعته الخاصة الذي يختلف من منظمة لأخرى، فالمستشفى كمنظمة يختلف في ثقافته عن مصنع للحديد والصلب مثلا، ويؤيد ذلك ما ذكره عبد الرحمن هيجان (1998) من أن لكل منظمة شخصيتها وقيمها الخاصة بها، والتي إن لم يستطع الفرد العامل تبنيها، فذلك يعنى وجود فجوة بينه وبين المؤسسة، مما يشكل ضغطا على الفرد هذا من جانب، ومن جانب آخر فإن الزملاء المحيطين بالفرد قد يمثلون- بما يحملونه من قيم وأفكار - ضغطا جديدا على الفرد، مما يزيد من الضغوط الواقعة على كاهل الفرد، وذلك يؤيد ما ذكره كان و كوبر (1993) Kahn & Cooper أن الفرد قد يصاب بالضغط بل قد يصل للإنهاك النفسي عندما لا يقبل الثقافة التنظيمية للعمل حوله، حيث لا تتسق تلك الثقافة مع ما يحمل الفرد من قيم.

كما يدخل ضمن ثقافة المنظمة طريقة تقييم الأداء فقد ذكر على حمدان (2002) أن عملية تقييم الأداء تمثل مصدرا مهما من مصادر الضغوط النفسية، فالتقييم السلبي وغير وذلك يعد من مظاهر الإنهاك النفسي ، كما أشار إيكوفيدس وآخرون (2003) Iacovides,et.al أن التقييم الغير موضوعي للأداء يمكن أن يجعل المعلم يفقد ويترك وظيفته كما أنه يؤدى إلى إحباط الأهداف والتوقعات، مما يساعد في الوصول إلى مرحلة الإنهاك النفسي، بل إن ذلك يرتبط بعدم الرضا الوظيفي ، حيث ذكرت ماسلاش و جولدبرج (1998) Maslach & Goldberg أن من مظاهر الإنهاك النفسي ترك الفرد وظيفته بعد أن يقل إنتاجه ويشعر بعدم الرضا الوظيفي .

لهذا فثقافة المؤسسة تشمل جميع ظروف العمل داخل تلك المؤسسة، بل ما يدور حولها، لذلك أشار نادر الزيور (2002) إلى أن الرتابة في العمل، وعدم التجديد يجعل الفرد يقوم بنفس العمل تقريبا يوميا، مما يجعله يفقد المعنى النبيل عن مهنة الطب، ويشعر بالملل الذي يفتح الطريق للمعاناة من الإنهاك النفسي و الأخطاء الطبية، والسبب ثقافة المؤسسة وما تحمله من جمود.

يتضح مما سبق أن ثقافة المؤسسة التي يعمل بها الفرد لها أهمية كبيرة في وقاية أو إصابة الفرد بالإنهاك النفسي، فإذا توافرت بها الوسائل المعينة للفرد على التقدم المهني والشخصي، فستترك الفرصة للفرد لأن يتقدم مهنيا بنا ء على جهدِه في عمله، وتوفّر له التدريب الكافي لذلك، وتتيح له وقتا مناسبا لإنجاز عمله، فلا يعمل لفترات طويلة دون راحة، ولذلك فسيكون تقييمه لذته إيجابيا ،فالمؤسسة التي يتوفّر بها ذلك فستكون حاجزا بين الفرد والإنهاك النفسي .

3-7-1-2 نقص المساندة الاجتماعية Social Support :

تلعب المساندة الاجتماعية دورا مهما في وقوع أو وقاية الفرد من الوقوع في الإنهاك النفسي، حيث ذكر محمد غنيم (1996) أنها تعتبر من الحلول التي يمكن من خلالها التغلب على تأثيرات الضغوط التي يتعرض لها الفرد فتعمل على رفع الروح المعنوية والإنتاجية للفرد المعلم من خلال الدعم المقدم من الإدارة والزملاء في العمل ولذلك عرفها عماد عبد الرازق (1997) بأنها النظام الذي يتضمن الروابط الاجتماعية طويلة المدى والثابتة بمجموعة من الناس، حيث يمكن اللجوء إليهم والوثوق بهم ليمنحوا الفرد السند العاطفي، ويقدموا له الدعم، ويمثلوا له الملاذ وقت الشدة، ولا تقتصر المساندة الاجتماعية على شكل واحد، بل تتعدد أشكالها فقد ذكر عماد عبد الرازق (1997) أنها تشمل :

1) المساندة الانفعالية : والتي تتضمن الرعاية والثقة والقبول والتعاطف .

2) المساندة الأدائية : وتشمل المساعدة في الأعمال ، والأموال .

3) المساندة الإرشادية : من خلال تقديم المعلومات والنصح والإرشاد اللازم لحل المشكلات .

4) مساندة الأصدقاء : من خلال تعزيز وتدعيم بعضهم بعضا في وقت الشدة .

5) مساندة عاطفية : من خلال ما تمده الزوجة و العائلة من تدعيم وجداني

بناءا على ما تقدم فإن المساندة الاجتماعية تلعب دورا مهما في حياة الفرد، وفى تحقيق التوازن والتوافق للفرد في شتَّى جوانب حياته، لذلك تذكر ليلى عبد الحميد (1993) أن نقص المساندة الاجتماعية أو غيابها بالمرة يمثل مصدرا من مصادر إصابة الفرد بالإنهاك النفسي، ويؤيد ذلك أيضا نتائج دراسة محمد غنيم (1996)، ودراسة فوزية عبد الحميد وعبد الحميد سعيد (2003)، ولهذا فالفرد في أي مجال يحتاج لمن يدعمه ويسانده سواء بالقول أو الفعل، فالممرضة مثلا التي تعمل في ظروف متعبة نفسيا و نفسيا خلال ساعات طوية و حتى في الليل تجد الدعم المناسب في الوقت المناسب من طرف الزملاء و الأسرة و الزوج خاصة، فإنها تكرر ذلك السلوك الذي صاحبه الدعم، وإن لم يدعّم فإنه ينطفئ وتظهر اللامبالاة ويزداد الضغط، مما قد يعرضها للإنهاك النفسي .

3-7-1-3 أعباء العمل :

إن ممارس الصحة العمومية عندما يلتحق بالعمل يصبح مسئولا عن القيام بأعمال معينة لابد من أدائها بأعلى درجة من الكفاءة دون ارتكاب أخطاء وذلك مقابل مجموعة من المميزات كما أشار إلى ذلك عبد الرحمن هيجان (1998) و منها أنها تساعد في إثبات الشخصية للفرد من خلال ما تحمله في طبيعتها من خصائص التحدي التجديد ولقد تناول الباحثون أعباء العمل كمصدر للإنهاك النفسي من خلال نوعين :

3-7-1-3-1 أعباء العمل الزائد over load :

قد يتعرض الفرد لمجموعة من الضغوط التي تفوق قدراته، مما يجعلها أعباء زائدة، فقد أشار عويد المشعان (2000) إلى أن أعباء العمل الزائد من مصادر ضغوط العمل ، حيث أن الفرد يحاول القيام بمهام تفوق طاقته، ولا يستطيع إنجازها في الوقت المناسب، فالممرض مثلا يعاني من ضغوط متعددة كثرة المرضى وسخطهم على ساعات الانتظار ومهام كثيرة علية القيام بها تتطلب التركيز، الدقة، الصبر، التعامل بإنسانية مع المرض...، لهذا فالممرض الذي يطلب منه القيام بأعمال كثيرة، كما أنها لا تتناسب مع قدراته،

تزيد احتمالية أن يتعرض للإنهاك النفسي، فهو لا يمتلك القدرات اللازمة للقيام بمثل تلك الأعمال ، ومن جانب آخر فلا يتوافر له الوقت المناسب لأداء تلك الأعمال .

كما تتعدد أعباء العمل الزائدة ، فقد قسمها علي حمدان (2002) إلى قسمين :

أ. **العبء الكمي** : وهو حالة يشعر فيها الفرد أنه محمل بأعباء ضخمة مطلوب منه القيام بها في وقت العمل الرسمي مما يثقل عليه .

ب. **العبء الكيفي** : وهو حالة يشعر الفرد فيها أنه مطلوب منه مهام قد لا تكون ضخمة الحجم بقدر صعوبتها الشديدة ، أي ليس لديه القدرة للأداء بفاعلية ، مما يمثل ضغطا عليه ولا يخفى علينا أن مهنة التمريض من المهن الضاغطة و المتعبة و في نفس الوقت فهي تتطلب مهارات عالية كالدقة و الاحترافية فالخطأ في المهنة يساوي في غالب الأحيان نهاية الخدمة.

3-7-1-3-2 أعباء العمل المنخفض Under Load :

إذا كانت أعباء العمل الزائدة تمثل ضغطا على الفرد، فإن نقص تلك الأعباء أيضا عن حد معين يمثل ضغطا آخر على الفرد، حيث ذكر على عسكر (2000) أن قلة الحمل الوظيفي تعتبر مصدرا لإزعاج الفرد، وذلك يتمثل في وجود الأعمال التي تتطلب قدرات أقل من إمكانيات الفرد ولا تتحدى قدراته، كما أن ردود أفعال الفرد تجاه أعباء العمل المنخفضة أو كما يسميها عبد الرحمن هيجان(1998) "البطالة المقنعة " يمكن أن تكون: الانسحاب من العمل، والتغيب، والشعور بالنقص، وكثرة النقد للمؤسسة.

وبالرغم من ذلك فإن بعض الباحثين مثل على عسكر (2000) لا يعد أعباء العمل المنخفضة مصدراً للإنهاك النفسي، في حين نجد بعض نتائج الدراسات تعتبره من مصادر الضغوط النفسية والإنهاك النفسي مثل دراسة رجوات متولي (2005)، وحسن مصطفى (2006) الذي أشار إلى أن أعباء العمل المنخفضة من مصادر الضغوط النفسية، حيث إنها تؤدي للملل، بل تفقد الفرد الدافعية، وتجعل الفرد فريسة سهلة للمرض، بل تؤدي – على مستوى المؤسسة – لنقص الإنتاج واستنفاذ طاقة العاملين.

يتضح مما تقدم أن الفرد الذي يعاني من أعباء العمل الزائدة يزيد تعرضه للإنهاك النفسي، وكذلك الفرد الذي يعاني ضغوطا منخفضة، وهذا أمر قد يبدو أنه غير منطقي لدى بعضنا، ولكن عندما نعرف أن الفرد إذا لم يجد ما يتحدى قدراته فإنه يعتاد الكسل ويشعر بالملل، مما يساعد في وصوله لمرحلة الإنهاك النفسي وظهور مظاهره عليه ، فيتغيب عن العمل، وينسحب منه، ويقل تقديره لذاته ويشعر بالنقص، ويزداد نقده للمؤسسة التي يعمل فيها، لذا تعتبر أعباء العمل من مصادر الضغوط النفسية والإنهاك النفسي.

3-7-1-4 ضغوط الدور :

إن دور الفرد في عمله يمكن أن يكون من مصادر الضغوط والإنهاك النفسي، وتتعدد ضغوط الدور مما قد يؤدي للإنهاك النفسي، فنجد ما يلي :

3-7-1-4-1 غموض الدور Role-ambiguity :

إذا كان الفرد يتعرض لمجموعة من الضغوط سواء كانتْ تزيد أو تقل عن قدراته، فإنه قد يتعرض كذلك لعدم وضوح الدور المطلوب منه أداؤه في تلك الأدوار، حيث أشار علي حمدان (2002) إلى أن غموض الدور ينشأ عندما يكون دور الفرد غير واضح أمامه كأن يكون صعب الفهم مثلا، أو أن يكون دور الفرد ليس له أهمية، أو أن يكون الفرد غير متأكد تماما من المهمة التي يجب عليه القيام بها.

ومما يدعم أهمية غموض الدور في إحداث الإنهاك النفسي ما ذكره زيلارس وآخرون (1999) **Zellars,et.al** من أن غموض الدور، وكذلك صراع الدور ارتبطا إيجابيا بالإنهاك النفسي ومكوناته الثلاثة (الإنهاك الانفعالي، وتبلد المشاعر الشخصية ونقص الإنجازات الشخصية)، وذلك على عينة من الإناث اللاتي تعملن في مجال الخدمات الإنسانية، حيث إن الفرد عندما يتعرض لغموض الدور يشعر بعدم فهمه لهذا فستقل كفاءته الإنتاجية، ويشعر بضياع جهدِهِ المبذول فيصبح روتينيا وجافا في معاملاته ويقل شعوره بالإنجازات الشخصية ولهذا فيقيم نفسه بسلبية.

وغموض الدور ارتبط بالإنهاك النفسي حيث يعتبر من مصادره كما في نتائج، بعض الدراسات مثل دراسة مارك و مولوي (1990) **Mark & Molloy** ودراسة عدنان الفرج (2001)، ودراسة سيد عبد العال

(2002)، ودراسة رجوات متولي (2005)، بل إن غموض الدور يرتبط بمجموعة من الأفكار التي ذكرها عبد الرحمن هيجان (1998) ومنها :

(أ) أنه ارتبط بعدم إعطاء الفردَ المعلوماتِ الكافية التي تساعده لأداء دوره بشيء من الوضوح والاهتمام

(ب) أنه ارتبط بعدم وضوح النتائج المترتبة على العمل المتوقّع من الفرد .

كما أضاف كان وكوبر (1993) **Kahn & Cooper** أن غموض الدور ارتبط بمستويات عالية من التوتر وعدم الرضا الوظيفي، وأنه من مصادر الإنهاك النفسي، حيث إنه يؤدي لعدم الرضا الوظيفي ولشعور الفرد بالتوتر الناتج عن عدم وضوح مهامه وبالتالي فلا يجد الدعم اللازم له، ولذلك فالفرد الذي يعاني غموض الدور لا يعلم ظروف عمله بوضوح مما قد يعرضه للإنهاك النفسي حيث يكون دوره غير محدد، مما يمثل عائقا أمامه ويكون داعيا له على عدم العمل بكفاءة، مما يساهم في عدم حصوله على الدعم الكافي، و قله الرضا الوظيفي لديه، وقد ينتهي به الأمر بالوقوع في شرك الإنهاك النفسي .

3-7-1-4-2 صراع الدور Role conflict :

قد يطلب من الفرد القيام بمجموعة من المهام، منها ما يتصل بالمنزل، ومن ها ما يتصل بالعمل المهني وقد يحدث بينهما تعارض كأن يتعارضا في وقت إنجازهما مثلا، لهذا فقد أشار علي عسكر (2000) إلى أن صراع وتعارض الدور يحدث نظرا لوجود أكثر من عمل مطلوب من الفرد القيام به، وذلك يتضح في الممرضة مثلا حيث أنها تعمل ليلا بالمستشفى مع أن لديها بيتا، وأسرة من المفروض عليها الاهتمام بهما، بل إن مسؤوليتها الكبيرة و كذا طول ساعات العمل و العمل ليلا تعطلها في الغالب عن أداء دورها في الأسرة، مما ينشأ عنه صراع وتعارض وظيفي يزيد الضغوط النفسية والمهنية فتظهر عليها علامات مثل: انخفاض الرضا الوظيفي ، والإصابة بضغط الدم ...

وتوجد عدة أنماط لصراع الدور، حيث ذكر كان و كوبر (1993) **Kahn & Cooper** ما يلي كأنماط لصراع الدور :

▪ ضغوط دور الفرد مع فرد آخر ، حيث إن الدور الوظيفي للفرد يتعارض مع الدور الوظيفي لفرد آخر، وأن قيمه تختلف عن قيم شخص آخر .

▪ صراع وتداخل الدور بين جماعات العمل، حيث إن العضوية في منظمة واحدة تتعارض تحتها العضوية في الجماعات الأخرى الموجودة فيها .

▪ صراع وتعارض قيم الفرد مع قيم المنظمة، وتنشأ عندما تحطّم متطلبات الدور الوظيفي للفرد القيم الأخلاقية أو تقود طموحات العمل الفرد إلى سلوكيات غير مقبولة أخلاقيا.

بل أضاف عبد الرحمن هيجان (1998) نمطا آخر، فقد ذكر أن صراع الدور يشمل تعارضا في المطالب الوظيفية من حيث الأولويات، حيث يتعرض الفرد لصراع وظيفي نتيجة لحاجته لإنجاز الأعمال التي تمليها عليه أدواره اليومية، وكذلك الأعمال التي يكلّفه بها القادة وصراع الدور بهذا سبب في الإنهاك النفسي فالعامل عليه أدوار كثيرة ولكنه لا يعلم بالتحديد بأيها سيبدأ مما يمثل صراعا بالنسبة له .

وصراع الدور على هذا النحو يسبب للفرد ضغوطا بالإضافة للضغوط الموجودة أصلا على كاهله فقد أشار ديفيد فونتانا (1993) **Fontana** إلى أن صراع الدور يظهر للفرد تناقضا في أدواره وأسلوب عمله مما يسبب له الشعور بالصراع الداخلي، والنقد الذاتي المتطرف، بل يجعله يكون صورة مهتزة عن ذاته وبذلك فأغلب الباحثين يتفقون على أن صراع الدور من مصادر الإنهاك النفسي كما في دراسات : إفيرسون وآخرين(1998) **Iverson,et.al** ، وماسلاش وجولدبرج (1998) **Maslach & Goldberg** ، ومنصور السيد (2001)، وسيد عبد العال (2002)، وأمل مبارك (2003).

يتضح مما سبق أن الفرد عندما يطْلَب منه القيام بأكثر من عمل دون مراعاة قدراته مما قد يؤدي لحدوث نوع من الصراع بينهما، وهذا الصراع تتعدد أنواعه، فقد يتعارض دور الفرد مع فرد آخر مما يعطّل الإنتاج، وكذلك قد يتعارض الدور المهني للفرد مع الدور الاجتماعي له، بل قد يتعارض دوره المهني مع سياسة المنظمة نفسها، مما قد يقود في النهاية لزيادة ضغوط الفرد وتعرضه للإنهاك النفسي .

3-7-1-4-3 صدمة الدور Role shock :

إن قيام الفرد بعمله يجعله يألف ذلك العمل وما به من أعباء، ولكنه حينما يقابل شيئا جديدا غير مألوف فإنه قد يزيد من ضغوطه، وقد يعرضه لصدمة الدور، فقد ذكر كان وكوبر (1993) **Kahn & Cooper**، أن صدمة الدور شرِحتْ منَ قبل بواسطة بيلير، و منكير (1979)**Biller & Minkier** حيث أنها تمثل الضغوط والتوترات التي تظهر كعدم القدرة على التواصل عندما يتحول الفرد من الدور المألوف إلى دور غير مألوف، وهذا الدور غير المألوف يمكن أن يكون جديدا على الفرد، كما يمكن أن يكون دورا قديما مألوفا، ولكنه يلْعب بطريقة مبتكرة في مواقف جديدة، وذلك مثل: الجراح الذي يفقد المريض على طاولة الجراحة، التجار الذين يتعرضون للخسارة بعد المكسب، وكذلك المعلمون الذين يتعرضون للفشل في التدريس بعد النجاح، كل ذلك يمثل مصدرا للإنهاك النفسي، لهذا فالفرد حينما يتعرض لخبرة الفشل بعد النجاح فإنه يصاب بصدمة تتعلق بالدور الذي كان يؤديه وقت نجاحه، وتغير ذلك الدور بعد فشله مما قد يعرضه للإنهاك النفسي لذي يمثل ردا سلوكيا لذلك الفشل .

3-7-1-8 التفاعل المهني الاجتماعي :

التفاعل المهني الذي يقوم به الفرد المهني مع من حوله من المحيطين يمكن أن يمثل عبئا وضغطا عليه مما يعرضه للإنهاك النفسي، حيث ذكر بندر العتيبي (2005) أن الطبيب كمهني يمارس تفاعلا مع الزملاء في العمل، الإداريين، المرضى و عائلاتهم، وذلك يمكن أن يكون من عوامل الاستقرار والنجاح إذا تم بطريقة إيجابية وإلا فإنه يكون سببا للإنهاك النفسي.

تعقيب :

بذلك فإن البيئة الوظيفية والمؤسسية التي يعمل بها الفرد تؤثّر في وقايته أو تعرضه للإنهاك وذلك حسب ما يوجد بها من ظروف و إمكانيات، وإدارة، فإذا كانت مجهزة لتحقيق ما بدأ الفر د العمل من أجله من أهداف، وتوفرت فيها إدارة عادلة لا تضغط على الفرد بما لا يطيقه –وإن كان وجود قدر معين من الضغط أمر مهم ولكن بما يتناسب وقدرات الفرد – وزملاء متعاونون فإن ذلك يمثل جسرا يقف بين الفرد

والإنهاك النفسي، والعكس صحيح، لذلك فقد يصاب الفرد بالإنهاك النفسي ويكون السبب راجعا إلى مؤسسة العمل التي يعمل بها، فالطبيب مثلا الذي يعمل في مستشفى يشيع فيها الجو الدكتاتوري، و اللا تعاوني، أو لا يجد فيها المساندة والدعم المناسب، أو لا تتاح فيها الفرصة للارتقاء الوظيفي، في حين أنه مطالب بأدوار متعددة قد تتعارض أحيانا، كل ذلك يؤثّر عليه ويفقده التفاعل السليم مع الآخرين مؤديا به في النهاية إلى الإصابة بما يسمى الإنهاك النفسي ، فلابد من مراعاة مكان عمل الفرد بما فيه من إدارة، وزملاء، وعملاء يتعامل معهم الفرد، والوسط الاجتماعي المهني المحيط بالفرد .

3-7-2 المصادر الشخصية :

قد يرجع الإنهاك النفسي لمصادر شخصية ترتبط بسمات شخصية الفرد ، لذلك فقد اهتم الباحثون بالدور الذي تلعبه الشخصية في التعرض للضغوط النفسية والإنهاك النفسي، وقد توصل بعضهم لمجموعة من الصفات المرتبطة بالإنهاك النفسي ومنها ما يلي:

3-7-2-1 مركز الضبط locus of control:

يمثل مركز الضبط مصدرا مهما لحدوث الإنهاك النفسي أو عدمه، حيث ذكر السيد السمادوني (1991) أن الإنهاك النفسي يرتبط بنوع مركز الضبط لدى الفرد، حيث نجد أن صاحب مركز الضبط الخارجي، وهو ذلك الشخص الذي تتحكم فيه قوى خارجية ، ويرى نفسه واقعا تحت ضغوط خارجية لا يستطيع التأثير فيها، ولذلك فلا يبذل جهدا عاليا، لأنه يتوقع أن جهده سوف لا يكون له الأثر الفعال في النتائج، وهو أكثر تعرضا للإنهاك النفسي، وذلك المعنى جاء مؤيدا من قِبل نتائج بعض الدراسات مثل: دراسة نصر مقابلة (1990)، أما النمط الآخر من مركز الضبط فهو صاحب وجهة الضبط الداخلية، حيث ذكر خضر مخيمر (2002) أن ا لفرد يشعر فيها بالمسؤولية الشخصية نحو تصرفاته، وإنه المسئول عنها بالدرجة الأولى، وأن وجهة الضبط الداخلية تساعد في الوقاية والتخفيف من الإنهاك النفسي.

يتضح مما تقدم أن الفرد صاحب وجهة الضبط الخارجية كثيرا ما يتعرض لضغوط لا يمكنه التكيف معها بطريقة مقبولة، كما أنه لا يستطيع التحكم فيها، لأنه يجد نفسه يحرك من قِبل الأحداث الخارجية ومن

قِبل الآخرين، مما يساهم في تعرضه للإنهاك النفسي، عكس صاحب وجهة الضبط الداخلية الذي يمكنه السيطرة على الأمور، والتحكم في الضغوط المختلفة لأنه يجد نفسه المسئول الأول عن تصرفاته، مما قد يكون سببا في وقايته من الإنهاك النفسي، لهذا فوجهة الضبط لها علاقة قوية بالإنهاك النفسي .

3-7-2-2 نمط الشخصية (أ) (ب) :

ومن سمات الشخصية التي تعد مصدرا للإنهاك النفسي أيضا نمط الشخصية (أ)، حيث ذكرت نشوى دردير(2007) أن هناك نمطين من الشخصية: الأول يسمى نمط الشخصية (أ) وهو انفعال سلوكي مركّب يتضمن استعدادات وصفات سلوكية معينة مثل: الاهتمام بالمواعيد، والتحدث بسرعة، والنشاط، و الرغبة القوية في الإنجاز مما يجعله يشعر في الغالب بالضغوط بدرجة أعلى من النمط الآخر (ب) ، حيث أن الأفراد الذين يتسمون بالنمط (ب) يظهرون تحررا من العدوان، ولديهم قدرة قوية على الاسترخاء، والمشاركة في الأنشطة الترويحية، ولا يشعرون بضغوط الوقت، مما يجعل النمط (أ) أكثر تعرضا للإنهاك النفسي من النمط (ب)، وهذا ما أشارتْ إليه نتائج بعض الدراسات مثل : دراسة سيد عبد العال (2002)، ودراسة كونجهام وآخرين (2004) **Cunningham,et.al** .

هناك بعض الأشخاص يتصفون بمميزات تجعلهم عرضة للإصابة بالإنهاك النفسي، حيث أنهم يعجزون على أن يتلفظوا بكلمة " **لا** " ، يرفضون أن يفوضوا عملا لغيرهم، أشخاص يشعرون بالمسؤولية المطلقة، كما أنهم يبذلون جهد أكبر من مقدرتهم و طاقتهم، و أنهم يبذلون الكثير و لا يتلقوا إلا القليل. إلا أن هؤلاء الأشخاص يميلون إلى مرحلة من التعب و الإحساس بالعجز عن حل مشاكلهم و الوفاء بالالتزامات، الخوف من كل شيء، الغضب من جراء تفاهات، كما أنه زيادة عن هذه الخاصيات النفسية التي تشمل الحدود الشخصية للشخص المصاب بالإنهاك النفسي، هناك خاصيات بدنية يشكو منها هذا الأخير كالتعب البدني، تصبيب العرق، ارتعاش الأطراف، اضطرابات على مستوى المعدة و الأمعاء، أرق، فقدان الشهية، آلام على مستوى الظهر،...إلخ.

3-7-2-3 الالتزام Engagement :

إن الفرد الملتزم قد يجد صعوبة في مسايرة بعض الأمور، ولهذا فنجد تباينا حول الالتزام كسمة من سمات الشخصية ودوره في الإنهاك النفسي، حيث ذكر عادل عبد الله(1990) أن الشخص الأكثر حرصا أقل إنهاكا، وذلك لأن من يتسم بالحرص يتسم بالتروي وتأمل الأمور، ومن هنا فهو أقدر على حل مشكلاته، مما يقلل من إحساسه بالضغوط النفسية والإنهاك النفسي، في حين أشار على عسكر (2000) إلى أن الفرد الأكثر التزاما وإخلاصا في عمله يكون أكثر تعرضا للإنهاك النفسي، حيث إن الفرد الملتزم والمخلص تقع عليه ضغوط العمل، إضافة إلى وجود ضغط داخلي يدفعه للعطاء، بل إنه يواجه ظروفا وتغيرات خارجية لا يملك السيطرة عليها، لذلك فهو معرض للوقوع في الإنهاك النفسي والتعرض لمخاطره.

ولا تعارض بين ما ذكره عادل عبد الله (1990) وعلى عسكر(2000)، حيث أن الشخص الملتزم والحريص أقل إنهاكا لأنه يتسم بالتروي وفهم الأمور، ولكن بشرط ألا يجد ما يضغط عليه خارجيا، فالحرص واق من الإنهاك شرط توافر جانب من المرونة .

ولهذا فالالتزام سمة تكون لدى الفرد نحو نفسه وكذلك المجتمع حوله بمن فيه، حيث أضاف إيكوفيدس وآخرون (2003) **Iacovides,et.al** أن الالتزام يعنى أن يلتزم الفرد تجاه نفسه وأهدافها والمجتمع حوله، وينظر إلى الموقف الضاغط على أن مواجهته ذات معنى ، لهذا فقد يتعلم مواجهة الموقف بطريقة غير مناسبة، مما يعرضه للضغط والإنهاك النفسي.

وإذا كان الالتزام يشمل جميع ما يحيط بالفرد ويؤثر فيه فإنه يؤثّر في إحساس الفرد بالضغوط، مما يؤثّر في حياة الفرد العائلية، حيث ذكر بوتر (2006) **Potter** أن الممرضات الملتزمات والمخلصات في عملهن ، تزداد ضغوطهن ، وغالبا ما تظهر عليهن مظاهر الإنهاك النفسي ، فتزيد نسبة العدوان لديهن ، مما يؤثّر في حياتهن الاجتماعية وكذلك العائلية.

يتضح مما سبق أن الفرد الملتزم أكثر دقة، و أقل مرونة، ويتروى في الأمور، كما يتمسك بأهدافه وقيمه الشخصية، وقيم المجتمع مما يجعله يعاني ضغوطا زائدة، فلا يوجد مكان إلا وفيه ضغوط، قد تؤثِّر فيه إذا استمرت ولم يستطع التكيف معها، وقد ينتهي به الأمر بالتعرض للإنهاك النفسي .

3-7-2-4 الصلابة النفسية psychological hardness :

تمثل الصلابة النفسية إحدى الخصائص الشخصية ذات العلاقة بالإنهاك النفسي ، فقد ذكر سيد البهاص (2002) أن مفهوم الصلابة النفسية يشير لإدراك الفرد وتقبله التغيرات والضغوط النفسية التي يتعرض لها وإنها تعمل كواقٍ من عواقب الضغوط، وتساهم في خفض الضغوط والوقاية من الإنهاك النفسي باعتباره مرحلة متقدمة من الضغوط .

كما أشارتْ كوبازا و مادى (1982) **Kobasa & Maddi** إلى أن الصلابة النفسية مفيدة لمقاومة الضغوط والاستنزاف النفسي، حيث إنها تعدل من إدراك الفرد للأحداث وتجعلها أقل أثرا، فتكسب الفرد قدرا من المرونة، ولهذا فالصلابة النفسية تزيد من قدرات الفرد لمواجهة الضغوط المختلفة وكذلك الوقاية من الإنهاك النفسي، حيث تتعدد مكوناتها، فقد أشار جاروسا و آخرون (2008) **Garrosa,et.al** إلى أن مكونات الصلابة النفسية ثلاثة (التحدي، والالتزام والسيطرة والتحكم) ترتبط بالإنهاك النفسي ارتباطا سلبيا فالفرد المتسم بالصلابة النفسية، أي يتسم بالتحدي والالتزام والسيطرة فإنه يكون أكثر مقاومة للضغوط المختلفة وبالتالي أقل تعرضا للإنهاك النفسي.

ومع إجماع أغلب الباحثين على أهمية دور الصلابة النفسية في مقاومة الإنهاك النفسي فقد أشار كايون و كرتز (1985) **Kayon & Kurtz** إلى أن الصلابة النفسية كمتغير شخصي مستقل لا يؤثر في الإنهاك النفسي، ولكن لو تفاعلتْ مع متغير مناخ المستشفى (مغلق مفتوح) بما فيه (الإدارة ، والزملاء والأبنية ، ...) فإن ذلك يساعد في التنبؤ بالإنهاك النفسي لعمال المستشفى.

يتضح مما ذُكِر سابقا أن الصلابة النفسية تلعب دورا مهما في وقاية الفرد من الضغوط النفسية والإنهاك النفسي، بمعنى أنها تساعد الفرد في التخلص من تلك الضغوط أولا بأول، وقد يظن أحدنا أن ذلك

يتعارض مع ما سبق ذكره من أن الفرد الملتزم كثيرا ما يتعرض للإنهاك النفسي، فذلك الفرد لا يمتلك المرونة الكافية للتغلب على ضغوطه، أما الفرد المتسم بالصلابة النفسية فإنه يكون مسيطرا على أموره، إضافة إلى أنه يمتلك قدرا من المرونة مما يساعده قي التغلب على ضغوطه وبالتالي منع الإنهاك النفسي، ولهذا فقلة الصلابة النفسية تعرض الفرد للإنهاك لنفسي .

3-7-2-5 الذكاء الوجداني :

يرتبط الذكاء الوجداني بالإنهاك النفسي، ويعتبر من العوامل المساعدة في التخلص من الضغوط المختلفة، والواقية من التعرض للإنهاك النفسي، ولكن قلة تحلّي الفرد به قد يجعله معرضا للإنهاك النفسي حيث ذكر شان (2006) **Chan** أن الذكاء الوجداني يساعد في الوقاية من الإنهاك النفسي، وأن قلة ذكاء الفرد وجدانيا يعرضه للإصابة بالضغوط مما يجعله يصل في النهاية للإنهاك النفسي، حيث إنه لا يستطيع حل مشكلاته، كما يتعامل مع الآخرين بطريقة سلبية، حيث إن الذكاء الوجداني يساعد في تحمل الإحباط وزيادة الوعي الذاتي والنظرة الإيجابية للحياة والقدرة على تقديم المساعدة، لهذا فوجود الذكاء الوجداني يعد واقيا من الإنهاك النفسي، حيث يعطي للفرد مرونة في تعاملاته مع الآخرين ،وتزداد ثقته في ذاته كما تزداد قدرته على مواجهة ضغوطه، وتحمله ما ينتج عنها من أعباء، والتكيف معها بطريقة مقبولة، لهذا فقلة الذكاء الوجداني للفرد قد يعرضه للإنهاك النفسي .

يتضح مما سبق أن الشخصية عامل مهم في تعرض الفرد أو وقايته من الإنهاك النفسي، خاصة وأن أي فرد معرض للوقوع تحت الضغوط، ولكن نجد أن شخصا ما يتوافق معها، في حين أن آخر لا يستطيع تحقيق التوافق، مما يعرضه لاستمرار الضغط واقعا عليه، ويترتّب عليه التعرض للإنهاك النفسي، لذلك فإن الفرد إذا توافرت فيه سمات معينة مثل: أن تتحكم القوى الخارجية فيه، أو أن تكون شخصيته من النمط (أ)، أو أن يكون فقيرا في الذكاء الوجداني، أو الصلابة النفسية... فذلك الفرد تزيد نسبة احتمال تعرضه للإنهاك النفسي، لهذا فلابد من مراعاة شخصية العامل حينما نختاره لعمل ما، فلابد أن تتفق شخصيته وطبيعة

العمل، أي نضع الفرد المناسب في المكان المناسب، حتى نقلل من ضغطه، ونزيد من حبه لعمله، وبالتالي يقل تعرضه للإنهاك النفسي.

3-7-3 المصادر الاجتماعية :

تتعدد الضغوط الاجتماعية التي تقع على الفرد في علاقاته المختلفة ، حيث أشار عمر الخرابشة، وأحمد عريبات (2005) أن العامل يقع عليه العبء الأكبر عندما يفشل في عمله مما يزيد الأمر صعوبة، ومنه زيادة الضغوط عليه، مما يؤدي لانخفاض مستوى الخدمة التي يقدمها، وزيادة الإحباط لديه مما يجعله عرضه للإنهاك النفسي، ومن المصادر الاجتماعية للإنهاك النفسي ما يلي :

(أ) التغيرات السلبية في العلاقات الاجتماعية للفرد وعدم اطمئنانه للمحيطين به، وكذلك عدم احترامهم له كل ذلك يؤدي للضغط النفسي والشعور بالإنهاك النفسي .

(ب) تدني النظرة الاجتماعية للفرد تزيد الضغوط عليه ، وبالتالي تعرضه للإنهاك النفسي .

(ج) عدم وفاء المجتمع بحاجات أفراده، حيث إن الفرد عليه واجبات نحو مجتمعه، مقابل إشباع حاجاته، حيث إن المجتمع عليه واجبات نحو الفرد، لهذا ينبغي على المختصين توفير أكبر قدر ممكن من الرعاية لممارسي الصحة العمومية بما يساعدهم لتحقيق حاجاتهم، ووقايتهم من المخاطر التي من الممكن أن يتعرضوا لها، ولا شك في أن الإنهاك النفسي من أعظم تلك المخاطر .

(د) زيادة الحِمل العائلي ووجود الأعباء الأسرية للفرد .

(هـ) ارتفاع مستوى الطموح غير الواقعي .

محمد علاوي (1997)، و ماسلاش وجولدبرج **Maslach & Goldberg**(1998) ، والحسن المغيدي (2000) وسيد عبد العال (2002)، وعلي راشد (2002)، وفوزي جبل (2003) لهذا فيمثل الجانب الاجتماعي بعدا مهما في إصابة الفرد بالإنهاك ا لنفسي أو عدمه، حيث لا يمكن عزل الفرد عن مجتمعه وما يحيط به من مشكلات، حيث يعيش الفرد في وسط اجتماعي مليء بالتغيرات الإيجابية والسلبية على حد سواء، وعليه التعايش معها سواءَ قبِلَ أو رفض، إضافة للنظرة الاجتماعية للفرد ومهنته التي يعمل بها وما يشهده

المجتمع من تدني النظرة العامة نحو أفراده، مما ساهم في زيادة الأعباء على الفرد، فهو مسئول عن الزوجة والأبناء، جوار ما يتحمل من أعباء حياتية ومهنية، مما يعطله عن التقدم المهني المنشود ، كل ذلك يساهم في إنهاك العامل نفسيا .

3-7-4 المصادر الطبيعية (الفيزيقية) :

إن الطبيعة بما فيها قد تكون من العوامل المسببة للضغط على الفرد ، فيذكر سيد عبد العال (2002) أن الكوارث الطبيعية (الكونية) بما فيها من زلازل وحروب، وتلوث البيئة التي يعيش فيها الفرد إلى جانب الزحام السكاني والمروري، ... كل ذلك له دور في زيادة الضغط، والإنهاك، لذلك نجد أن محترفي الصحة في إسرائيل يعانون درجة عالية من الإنهاك النفسي، نظرا لظروف الحياة في إسرائيل، وهذا ما أيدته نتائج بعض الدراسات مثل: دراسة بينس(2004) **Pines** ودراسة أهولا وآخرين (2005) **Ahola,et.al**.

يتضح مما سبق أن الفرد قد يتعرض للإنهاك النفسي لأسباب طبيعية ترجع لما يوجد في البيئة من ظروف طبيعية، كالحالة الجغرافية للجو وارتفاع درجات الحرارة، وحدوث الزلازل والبراكين، بل تشمل الضوضاء المحيطة بالفرد، وما يجده الفرد من زحام وصعوبة في التنقلات، فالطبيب في البيئة الصحراوية يختلف نسبيا عن الطبيب في البيئة العمرانية في الإحساس بالضغوط النفسية والتعرض للإنهاك النفسي .

3-7-5 المصادر الاقتصادية :

يمثل الجانب الاقتصادي جانبا مهما في معاناة الفرد من الإنهاك النفسي، حيث ذكر نصر مقابلة (1995) أن الإنهاك النفسي يؤثر في الاقتصاد القومي، وذلك من خلال ما يؤدى إليه من نقص وضعف في الإنتاج على مستوى الفرد، والمؤسسة بل المجتمع كله مما يقلل من الإنتاج القومي.

كما يمكن أن يمثل دخل الفرد أحد العوامل الاقتصادية ذات الصلة بالإنهاك النفسي، لأنه قد لا يكفى لإشباع حاجات الفرد، خاصة ونحن نشاهد الآن ارتفاعا كبيرا في الأسعار، و كذا تنديد ممارسي الصحة العمومية بإعادة النظر في سيسة الأجور التي لا تتوافق مع متطلبات المهنة و المعيشة، ويؤيد ذلك ما ذكره الحسن المغيدي (2000) أن بعد دخل الفرد يعتبر من مصادر الضغط، مما يؤدى إلى الإنهاك النفسي،

إضافة إلى غياب الحوافز المادية والمعنوية، وكذلك صعوبة الحصول على قروض ومما يزيد الأمر صعوبة نظام التعاقد والمعاش الذي لا يحقق الأمن للعامل وأسرته.

لهذا فيمثل الجانب الاقتصادي جانبا مهما في تعرض الفرد أو وقايته من الإنهاك النفسي ، لاسيما في أيامنا الحالية وما نشاهده من غلاء معيشي، فالفرد يعمل ابتغاء الحصول على الدعم المادي للتغلب على الأعباء الاقتصادية، بل يبحث عن مصادر دخل أخرى، لكنه مقابل كل ذلك لا يحصل على دخل كافٍ لتحقيق ما يريد، وحينما يقارن الفرد بين جهده في عمله ودخله منه يجدهما لا يتناسبان لاسيما أن سيرورة الدراسة في مجال الطب جد طويلة تجعل الطبيب يلتحق بمنصب عمله متأخرا مقارنة مع التخصصات الأخرى مما يعرضه للمعاناة من الضغوط بدرجة عالية، والوصول لمرحلة الإنهاك النفسي .

3-7-6 تعقيب :

يتضح مما سبق أن الإنهاك النفسي يمثل مشكلة يمكن أن تصيب الفرد من مصادر متعددة: منها ما يرجع لبيئة العمل وما بها من ظروف، ومنها ما يرجع لشخصية الفرد ووجود استعداد لديه، وسماته الشخصية المؤدية إليه، ومنها ما يرجع لعوامل اجتماعية تتصل بالتغيرات الاجتماعية ونظرة المجتمع للفرد العامل، ومنها ما يرجع لعوامل فيزيقية طبيعية، ومنها ما يرجع لعوامل اقتصادية وما يمر به الفرد من كبوات اقتصادية، ومن الجدير بالذكر أن الإنهاك النفسي يحدث نتيجة تفاعل تلك العوامل جمعاء، حيث يعيش الفرد تحت ضغوط معينة تلازمه ولا يستطيع التكيف معها، مع مراعاة الفروق الفردية بين الأفراد في طرق التعامل مع تلك الضغوط، وليس من الضروري اجتماع كل تلك المصادر لتعرض الفرد للإنهاك النفسي بل يمكن أن يتعرض له من خلال مصدر واحد، و لعل محيط المراكز الاستشفائية من بين المحيطات الأكثر احتواءا للضغوط المهنية بشتى أنواعها كما يتسم جو العمل في تلك المنظمات بالتوتر، الألم، الحزن و حتى الموت، كما أن عوامل الضغط التي يتعرض لها الممارس في الصحة العمومية عديدة و متنوعة ، فإذا كانت المتطلبات الخارجية تفوق قدرات هذا الأخير، فهذا يؤثر على نوعية العلاج و في نفس الوقت على معنوياته، ويعتبر علاج المريض ليس بعمل سهل، و يتطلب من الممرض أو الطبيب أن يتحلى بكفاءات عالية، و بالإنسانية و

العطف و هذا في مختلف مجالات الطب منها التقنية و العلائقية ، فأمام كل هذه المتطلبات، يجد الممارس نفسه معرض إلى عوامل قد تكون خارجية (عوامل ذات الطابع التنظيمي أو الاجتماعي) أو عوامل داخلية (شخصية الممارس) تجعله عرضة للإنهاك النفسي، و لأجل اتصال الدراسة الحالية بمحيط المستشفى و كذا الممارسين في الصحة العمومية، تطلب ذلك التعرض إلى خصائص الضغوط التي تواجه هذه الفئة.

فالعديد من الدراسات أثبتت الطابع الضاغط لمحيط المستشفى حيث أوضحت بعض التحقيقات أن هناك علاقة تربط بين العمل المرهق و عدد أعراض الضغط أو الإشارات الدالة عليه، على غرار الإدمان على الكحول، التغيب، اللجوء إلى العقاقير (in Sylvie Antoine, 2000).

كما بينت دراسة Noel Natacha (2000) حول الإنهاك النفسي عند الممرضين العاملين في مصالح المرضى المسنين، أن الممرضة تقوم بأعمال صعبة المهام، لأنها تعالج أشخاص يعانون من عدة أمراض في نفس الوقت، و أشخاص معوقين حركيا و هذا ما يجعلها في حالة تعب نفسي بدني.

أما عن كل من Mauranges و Aline et Pierre Canoui (1998) تحدثا في كتابهما عن أحد التحقيقات التي أقيمت سنة 1996 حول تنظيم ظروف العمل عند الممرضين، فتوصلوا إلى أن: 69%من الممرضين يشكون من الحالات الصعبة و 41% يشكون من حمل الأثقال التي قد تصل إلى 50 كغ، و 82%يشكون من معاناة جسدية كالوقوف لأوقات طويلة دون اللجوء للراحة.

كما توصلت الدراسات التي أجراها كل من Kahn (1970) و Kaplan et Fench (1964) إلى أن نقص الثقة إزاء زملاء العمل إنما يرجع إلى غموض شائك يشوب تقسيم الأدوار، فينجم عن ذلك تذبذب في الاتصال مع الزملاء من طبيب، رئيس قسم، ممرض.(in Sylvie antoine, 2000).

كما لخص Dewe (1989) في دراسته لإبراز العلاقة القائمة بين عوامل الضغط و الإنهاك، توصل إلى أن أهم العوامل الضاغطة المؤدية بالممارس للتعب و الإنهاك النفسي، و تم تلخيص ها فيما يلي:

1-الاهتمام بأكثر من مريض واحد في نفس الوقت.

2-تمريض أفراد الحالات الخطيرة.

3-صعوبات متعلقة بمعاملة الآخرين.

أما Fitter (1987) تكلم عن 8 مصادر الضغط عند الممرضين و هي :

1-مسؤولية الاهتمام براحة المريض.

2-العمل في أوقات مضطربة ساعات متأخرة، ساعات إضافية، إنابة زملاء غائبين.

3-صراعات بين الزملاء خاصة مع الأطباء.

4-ثقل العمل.

5-صعوبة العمل و خاصة عندما يكون جسدي.

6-الاهتمام بمسؤولية تكوين المتربصين الجدد.

7-استعجالات و اضطرابات في العمل.

8-مواجهة التغيرات في ميدان العمل.

3-8 مظاهر الإنـهاك النفسي :

إن العمل في المجال الصحي يتطلب نشاطات و قدرات ذهنية و نفسية عالية قد تفوق قدرات الممرض،حيث يكون هذا الأخير غير معرض و باستمرار لأشكال عديدة من الضغوطات كالموت و معاناة المريض، إن أثار هذه المتطلبات تظهر من خلال أعراض إكلينيكية تصيب العامل في هذا المجال إلا أن هذه الأخيرة غير مميزة(**Lert France, 1985)** .

فهي أعراض جسدية مثل التعب و الصداع و اضطرابات المعدة و الأمعاء، و اضطرابات النوم كالأرق، النوبات المتكررة لأمراض التهاب الحرقومة الزكامية أو الشبه زكامية، كما قد يتعلق الأمر أيضا بالانفعالية أو الحساسية المفرطة المترتبة عن الإحباط أو التأثر العاطفي، و سرعة الغضب و البكاء ، كما قد يكتسب الفرد تصرفا تهكميا شائنا أو ينصاع لقوة من شأنها أن تلقي به أو بغيره إلى التهلكة، كما قد يتعلق الأمر بما يسمى بالمواقف الدفاعية التي تتسم بصفة القساوة أو لنقل أنها مواقف سلبية أو متشائمة، بل هو شبه تطرف يعد بمثابة قناع لما يعانيه الشخص من فشل في عمله و مهما يكن من أمر فيمكن للممارس في الصحة العمومية أن يلجأ إلى العقاقير و الكحول قصد مواجهة التعب و الظفر بشيء من الاسترخاء الذي قلما يشعر به و تأخذ الأمور مجرى يتسم بإرهاق متزايد تصاحبه تصرفات كثيرا ما تكون غير لائقة، بينما يتميز رد فعل البعض الآخر برغبة في التغيير، إن لم تكن رغبة في التخلص من هذا العمل الذي أضحى لا يطاق، فينتج عن ذلك بالتالي تغيب تدريجي و مستمر.

(in Sylvie Antoine, 2000)

و بعد التطلع علة مختلف التقارير العلمية و الدراسات الميدانية، تم تلخيص أهم المظاهر أو الأعراض المصاحبة للإنهاك النفسي و هي كالآتي :

3-8-1 المظاهر الفسيولوجية والبدنية :

تشمل العلامات التي تظهر على البدن مثل الاضطرابات السيكوسوماتية والتي تتمثل فيما يلي :

- الصداع المستمر ، والاضطرابات المعوية ، والأرق وضيق التنفس .
- آلام الظهر ، وذبحة الصوت ، وفقدان الشهية .

- اضطرابات الأكل ، والاستخدام المفرط للعقاقير والكحوليات .
- أمراض القلب ، والقولون العصبي ، وضغط الدم .
- انسداد الشرايين ، وأمراض الرئة والسرطان .
- اضطرابات النوم ، مثل : المشي أثناء النوم ، والنوم غير المنعش .
- اضطرابات الهضم ، والإمساك .
- توتر العضلات ، ونقص المقاومة ، والروماتيزم .
- الضعف الجنسي ، وغزارة البول ، والإسهال .
- مرض الأسكيميا و فقر الدم .
- حب الشباب ، والتهابات الجلد .
- ضعف الحيوية ، وقلة النشاط .

بيش وآخرون (1982) **Beech,et.a**، ومحمد عبد السميع (1990)، وعدنان الفرج (2001)، وخضر مخيمر (2002) وسيد عبد العال (2003)، وعوض العنزي وعويد المشعان (2006)، و ميلاميد و اخرون (2006) **Melamed,et.al** ، و سوننشاين و اخرون (2007)**Sonnenschein,et.al** .

3-8-2 المظاهر المعرفية ، وتشمل ما يلي :

- البلادة الفكرية ، وفقدان القدرة على الابتكار .
- التشتت الإدراكي والشرود الذهني .
- الوسوسة ، وكثرة الشك ، والعند .
- قلة المقدرة على الانتباه والتركيز لفترة طويلة .
- عدم القدرة على مواجهة المشكلات بكفاءة .

جاكسون و اخرون (1986) **Jackson,et.al** ، ومحمد عبد السميع (1990)، ونجاه موسى و سميه علي (1999) ليندن وآخرون (2005) **Linden,et.al** .

3-8-3 المظاهر النفسية الاجتماعية :

وتشمل الاضطرابات النفسية التي يقع فيها الفرد إضافة إلى بعض النواحي الاجتماعية ، والتي تتمثل فيما يلي :

- الإحباط والقلق أمام الأزمات ، وكثرة الغضب .
- عدم الرضا الوظيفي .

- انخفاض تقدير الذات ، والسخط على الذات والآخرين .
- سرعة البكاء والانفعال الزائد .
- فقدان الاهتمام بالآخرين ، والكآبة .
- البلادة العاطفية والإجهاد الانفعالي .
- التشاؤم ، وضعف القدرة على التحمل .
- عدم الإحساس بالمسؤولية ، وعدم الاسترخاء ، وشد الأعصاب .

جاكسون و اخرون (1986) Jackson,et.al ،ومحمد عبد السميع (1990)، ونجاه موسى و سميه علي(1999) وفوقية راضي (1999)، وعلي عسكر (2000)، ونادر الزيور (2002)، وفوزي جبل (2003).

3-8-4 المظاهر السلوكية :

وتشمل مجموعة من الاستجابات الأدائية التي يمكن أن تظهر على سلوك الفرد، والتي تتمثل فيما يلي :

- التغيب الطويل عن العمل والتقاعد المبكر .
- النقد الدائم للآخرين والسخرية منهم .
- النظرة السلبية للمرضى و عائلاتهم ، وعدم الالتزام بالعمل .
- العدوانية وفقدان الهوية الشخصية .
- أداء العمل بطريقة روتينية ومقاومة التطوير .
- الإتكالية ، والاعتداء على حقوق الآخرين .
- البعد عن الموضوعية في الحكم على الأداء الوظيفي .
- انتظار أيام العطلات والأجازات ليبعد عن عمله .
- الانسحاب من الحياة العائلية ، وتجنب الأصدقاء .
- تدني القدرة على الإنجاز ، وعدم الاهتمام بالنتائج .
- نقص دافعية الأداء ، والتخلّي عن المثاليات ، وزيادة سلبية الفرد .
- قلة البحث عن الطرق العلاجية الحديثة والاكتفاء بالطرق القديمة .
- عدم الرغبة في العمل و العمل بطواعية .
- زيادة العنف لدى الأزواج ، وحدوث الخلافات الزواجية .

صلاح مراد وأنور فتحي (1991)، ورافع الزغول وآخرون (2003)، عمر الخرابشة وأحمد عريبات (2005)، جروسي وآخرون (2003) **Grossi,et.al** وأحمد الحراملة (2007)، وراجيو ومالاسرني (2007) **Raggio & Malacarne**، و مارتينسن و اخروم (2007) **Martinussen,et.al** .

يبدو أن الإنهاك المهني ظاهرة متعددة الأبعاد و تشتمل على عناصر سلوكية، جسدية و علائقية إلى جانب عناصر أخرى ترتبط باتجاهات الفرد و أفكاره وعليه فإن أعراض الإنهاك المهني متنوعة وعديدة، و قد حاول

(1997Gilliland James) جمعها في الجدول الموالي و الذي اعتبروه غير شامل و ملم بكل الأعراض و أنه من غير الممكن أن يظُهر كل عمال الخدمات و المصالح البشرية كل الأعراض ، لكن من الممكن جداً للملاحظ المتيقظ التعرف على العلامات و تحديد التغيرات التي طرأت على المهني في غياب أو حضور هذه الأعراض.

الجدول رقم (03) أعراض تناذر الانهاك النفسي

السلوكية	الجسدية	العلائقية	الموقفية
- انخفاض في كمية و فعالية العمل. - الإفراط في استعمال الكحول و المواد المخدرة. - التغيب. - زيادة سلوك الخطر. - ازدياد المداواة . - مراقبة الساعة. - الشكوى (التذمر) - تغيير أو مغادرة العمل. - العجز على مواجهة أدنى المشاكل. - نقص الإبداع. - فقدان اللذة. - فقدان التحكم. - التأخر. - الخوف من العمل. - التأرجح بين طرفين: الإفراط في التجند أو الإنسحاب. - استجابات آلية. - قابلية للحوادث. - تغيير(في) أو الإنقطاع عن الإنتماء الديني - محاولة الإنتحار.	- تعب مزمن. - مقاومة ضعيفة. - زكام وإصابات جرثومية. - إصابة الأعضاء الضعيفة. - عدم التنسيق. - صداع. - قرحة معدية. - أرق،كوابيس، نوم مفرط. - إضطرابات معدية ـــ وعائية. - لزمات الوجه. - توتر عضلي. - إدمان الكحول و/أو المخدرات. - زيادة استعمال التبغ و القهوة. - سوء التغذية أو الإفراط فيها. - حركية زائدة. - زيادة في الوزن أونقصه بصفة مفاجئة. - ضغط دموي مرتفع ، ربو، مرض السكري،...إلخ. - أضرار ناجمة عن سلوك الخطر. - زيادة التوتر ماقبل الحيض	- الإنسحاب من الأسرة. - عدم نضج التفاعلات - إخفاء المفكرة. - الريبة تجاه الآخرين - التقليل من أهمية الغير. - عدم فصل المهنة عن الحياة الاجتماعية. - الوحدة. - فقدان المصداقية. - فقدان القدرة على الحديث حتى مع الزبائن. - علاقات لا شخصية. - التحول من التفتح و التقبل إلىالإنطواء و الإنكار. - العجز على مواجهة أدنى المشاكل العلائقية. - زيادة التعبير عن السخط و الشك و عدم الثقة.	- الإكتئاب . - الشعور بالفراغ. - المرور من القدرة على فعل كل شيء إلى عدم الكفاءة. - التهكم. - جنون العظمة. - القهرية و الهجاس. - عدم الرأفة و التعاطف. - الشعور بالذنب. - الإنزعاج (الضجر). - العجز. - الأحاسيس و الأفكار المرعبة و المشلة. - النمطية. - اللاشخصية. - التشاؤم. - العظمة. - مزاج سيء خصوصا تجاه الزبائن. - عدم الثقة بالإدارة ، المراقبين ولا حتى في زملاء العمل. - مواقف انتقادية مفرطة تجاه المؤسسة و زملاء العمل. - الشرود . - الإحساس بعدم الكفاية، بالدونية و عدم الكفاءة. - نقد الذات. - تأرجح سريع للمزاج. - فقدان الثقة، المعنى و الغرض.

يضطر الممارسون في الصحة العمومية إلى مواجهة مآسي و معاناة الغير و العيش في مجتمع – من شدة رغبته في الحماية– و التزامه بالمهنة و مبادئه الانسانية الخالصة ، فالممارسون هم وحدهم من يواجه ، أثناء ممارستهم اليومية ، الموت ،الحادث ، معانات الناس و المآسي الاجتماعية المختلفة، فإنهاكهم المهني تظاهرة من تظاهرات هذه المهمة المستحيلة التي أوكلها لهم المجتمع دون تحضيرهم من قبل و النتيجة هي:

- إنهاك عاطفي ، جسدي و نفسي .
- صعوبات في الدخول في علاقة مع المريض .
- نقص تحقيق الذات ، و هي نتيجة للعرضين الأوليين

مما تجعل الممارس يعاني و يحس الفشل فيتيقن أنه لم يعد ينجز عملاً جيداً يستحق العرفان، فيبدأ في الإحباط و الإنقاص من قيمته الذاتية كما يشعر بالذنب لعدم توصله إلى الكمال (Canoui , 1998) .

3-9 مراحل تطور الإنهاك النفسي :

إن الإنهاك النفسي لا يصيب الفرد مرة واحدة، و قد بينت الدراسات أنه يتم في مراحل هي في الواقع متصلة ، على أننا نحاول تفصيلها من أجل التوضيح.

ميز الباحثون الذين تناولوا هذه الظاهرة مراحل عدة في تطور الإنهاك النفسي، أربعة منها ذكرت من طرف **Edelwich et Brodsky** (1980) و هي كالتالي :

1-مرحلة تحمس مرفوقة بنشاط كبير و الشعور بقدرة كبيرة للعمل.
2-مرحلة ركود تظهر من خلال تعب شديد و شكاوي سيكوسوماتية.
3-مرحلة إحباط تظهر في شكل تأنيب الذات و إحساس كبير بالعجز .
4-مرحلة التخلي على السلوك الأخلاقي مع الشعور بالخمول و اللامبالاة.

و يؤكد الباحث (**Eliezer** 1981)على تهيئة الاكتئاب الناتج عن الإحباط ، الأرضية للاصابة بالانهاك النفسي و يقترح من جانبه خمسة مراحل حسب التسلسل التالي :

الشكل رقم 01 مراحل تناذر الانهاك النفسي

الإحباط ← الغضب ← العنف ← النكوص ← الاستسلام ← الاكتئاب

(1981 Eliezer)

فيما يلي المؤشرات الأساسية للإنهاك النفسي أو بوادره حسب دراسات Arlem Mac Bride (1993) على النحو الذي نقله Yves Lamontagne (1995)

1-فقدان تدريجي للارتياح إزاء العمل، فالشخص يفقد الرغبة في الالتحاق بعمله و هذا إنما يعود إلى شعوره بفقدان متعة العمل.

2-ظهور عدة مشاكل صحية عابرة مثل :ألم الرأس، ألم الظهر، ألم المعدة، تردد نزلات الزكام، ارتباك على مستوى الأمعاء، اضطرابات النوم كالأرق.

3-البروز المتجدد للمشاكل في ميدان العمل، فتصبح ردود أفعاله غير لائقة تجاه زملاءه أو إزاء بعض الحالات المهنية، فيصبح سريع الغضب، و ينعزل من المحيط الاجتماعي.

4-تدهور المردود و الإنتاجية، و يصحبها تراجع و خمول مفرط، فيبلغ الإنهاك في آخر المطاف إلى الخمول التام و عجز من استغلال الطاقات الكامنة في تلبية المتطلبات الخارجية.

وبالرغم مما سبق فإن تلك المظاهر لا تكون بنفس الدرجة لدى جميع الأفراد ، بل لا يشترط أن تظهر كل هذه المظاهر لدى فرد واحد ، ولا في وقت واحد ، وذلك يعود لاختلاف الأفراد فيما بينهم.

و على ضوء ما سبق يمكننا تفسير العدوانية و البرودة التي يتصف بها العمال الذين هم باتصال مباشر بالجمهور كممارسي الصحة العمومية الذين قد لا يبدون مشاعر الرحمة و الرأفة اتجاه المريض و عائلته القلقة على صحة ذويهم، حيث يعتبر ذلك السلوك مظهرا من بين المظاهر المتعددة التي يعانون منها تلك الشريحة من العمل، و ما يهمنا في الدراسة الحالية و امتداد آثار تلك المظاهر إلى البيت العائلي و خاصة تأثيره على العلاقة الزوجية، حيث من غير المعقول أن الشخص الذي يعاني من الإنهاك النفسي لديه من الإمكانيات النفسية و العاطفية و الجسدية كي يؤدي دوره كزوج أو زوجة و يتوافق مع متطلبات و خصائص الطرف الآخر و كذا الأطفال. و هذا ما ستحاول الدراسة الحالية إلقاء الضوء عليه .

3-10 الأساطير المرتبطة بالإنهاك النفسي :

يؤمن المترشحون للإصابة بالإنهاك النفسي بجملة من الأساطير تتعلق بذواتهم و بطرق تصرفهم مع المحيط ، فهم يميلون إلى تشويه حقيقة الموقف بطريقة مماثلة لتلك التي يتسم بها أصحاب السلوك من النمط « أ » والمتمثلة في تأليف تشكيلة من الأفكار اللامعقولة عن ذواتهم و أوساط عملهم و من المعتقدات التي يؤمن بها هؤلاء ، تبعاً ل Everly (1989) و Rodesch (1994) ما يلي:

- ✓ عملي يمثل حياتي: و يتجسد هذا في الواقع بساعات عمل طويلة دون وقت للراحة و الترفيه إلى جانب صعوبة تفويض السلطة ، و ينتج عن هذا كله ، خاصة عندما لا تسير الأمور على أحسن وجه، القلق و الإحباط و اللجوء للاستجابات الدفاعية.
- ✓ يجب أن أكون دوما مؤهلا، كفؤاً و قادراً على مساعدة الآخرين، و عندما لا يتحقق هذا يبرز للوجود الشعور بالذنب و عدم الثقة بالنفس.
- ✓ لانجاز عملي و الشعور باحترام الذات لا بد أن أكون محبوباً و مقبولا من طرف كل من أعمل معهم، و عليه لا يمكنني فرض نفسي على الآخرين و مخالفتهم في الرأي أو رفض طلبهم ، مما يولد لديه عدم الأمن و الاستقرار و الشك بالذات و حتى الاكتئاب.
- ✓ يعد الآخرون أفراداً صعب التعامل معهم و لا يدركون أهمية عملي مما يؤدي إلى بروز النمطية و نقص الإبداع إلى جانب انخفاض الدافعية.
- ✓ تعد التغذية الرجعية السلبية مؤشراً لأخطاء أقوم بها، و تكون الاستجابة لذلك بالغضب العدواني.
- ✓ لا ينجز العمل بإتقان بسبب إهمال و فشل الآخرين ، و هذا ينتج عنه الجمود وعدم اتقان العمل.
- ✓ لا بد أن يتم العمل بالطريقة التي أريدها ، ينتج عن هذه الفكرة أو الإعتقاد التدخل في عمل الآخرين ، التركيز على الأشياء التافهة ، صعوبة الإتصال و بروز السلوك التسلطي في أداء المهام.
- ✓ لا بد أن أكون ذو معرفة غير محدودة و ألا أُخطئ أبداً.

3-11 مؤشرات الإنهاك النفسي :

تشير Barbra Braham بأن هناك أربعة مؤشرات أولية ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار كنوع من التحذير بأن الفرد في طريقه إلى الإنهاك النفسي :

- الإنشغال الدائم Busyness و الاستعجال في إنهاء القائمة الطويلة التي يدونها الفرد لنفسه كل يوم فعندما يقع الفرد في شراك الإنشغال الدائم فإنه يضحي بالحاضر، و هذا يعني أن وجوده في اجتماع أو مقابلة يكون جسدياً و ليس ذهنياً، و عادة في مثل هذه الحالة ينجز الفرد مهامه بصورة ميكانيكية دون أي اتصال عاطفي مع الآخرين، حيث أن الهم الوحيد الذي يشغل باله هو السرعة و العدد و ليس الإتقان و الإهتمام بما بين يديه .
- العيش حسب قاعدة « يجب و ينبغي » يصبح هو السائد في حياة الفرد الأمر الذي يترتب عليه زيادة حساسية الفرد لما يظنه الآخرون و يصبح غير قادر على إرضاء نفسه ، و حتى في حالة الرغبة في إرضاء الآخرين التي تصاحب هذه القاعدة ، فإنه يجد ذلك ليس بالأمر السهل عليه.
- تأجيل الأمور السارة و الأنشطة الاجتماعية من خلال الإقتناع الذاتي بأن هناك وقتاً لمثل لن يأتي أبداً ، و يصبح التأجيل القاعدة أو المعيار في حياة « فيما بعد » هذه الأنشطة ، و لكن الفرد.
- فقدان الرؤية أو المنظور الذي يؤدي إلى أن يصبح كل شيء عنده مهماً و عاجلا و تكون النتيجة بأن ينهمك الفرد في عمله لدرجة يفقد معها روح المرح ، و يجد نفسه كثير التردد عند اتخاذ القرارات، و يرتبط ذلك بما يعرف في الغرب بالشخص المدمن على العمل Work alcoholic ، و تشير التسمية إلى الفرد الذي أصبح العمل الجزء الأساسي في حياته و في مركز اهتماماته الشخصية بصورة تخل بالتوازن المطلوب لتفادي المشكلات البدنية و الانفعالية التي تصاحب مثل هذا الخلل (علي عسكر، 2000)

كما وضع (Dion , 1992) قائمة تضم مؤشرات للإنهاك النفسي و هي :

الجدول رقم (04) مؤشرات تناذر الإنهاك النفسي

المستويات	المؤشرات
على مستوى الشعور	عدم الرضى ، سرعة الانفعال و التصلب
على مستوى الجسد	أرق ، قرحة ، آلام الظهر و صداع
على مستوى الحياة الشخصية	إفراط في الكحول و الأدوية ، مشاكل مع الزوج العائلة
على مستوى العلاقات	انسحاب ، جنون العظمة و التنازل
على مستوى العمل	غياب و روح معنوية منحطة

3-12 مواجهة الإنهاك النفسي والتخفيف من آثاره :

بناء على ما سبق فالإنهاك النفسي يمثل مشكلة لها تبعات تصيب الفرد، لذلك فمن الأجدر بنا محاولة تقديم بعض الطرق لمنع الفرد من التعرض له، ومواجهته والتخفيف من آثاره إذا أصابه الإنهاك النفسي، خاصة وأن التعرض للضغوط النفسية شيء لا يسلم منه أي فرد مادام على قيد الحياة كما أن استمرار التعرض للضغوط قد يزيد احتمالية معاناة الفرد من الإنهاك النفسي هذا من جانب، ومن جانب آخر فإذا كان من مصادر الإنهاك النفسي ما يرجع لبيئة العمل، ومنها أيضا ما يرجع لشخصية الفرد فإن استراتيجيات الوقاية والمقاومة كذلك منها ما يرجع لشخصية الفرد، و منها ما يرتبط ببيئة العمل، ومن جانب ثالث فإن الجهود الوقائية للتقليل من الضغوط النفسية يمكن أن تعتبر جهودا للوقاية من الإنهاك النفسي، حيث إن الإنهاك النفسي كما تقدم يعتبر مرحلة متقدمة من الضغط، لذلك فمن طرق مواجهة الإنهاك النفسي ما يلي :

3-12-1 بناء الذات الإيجابية :

ترتبط الذات الإيجابية بالصحة النفسية ارتباطا وثيقا ، فالفرد الذي يشعر بالثقة في ذا ته ، وأن له ذات إيجابية، فإنه يتمتع بقدر وفير من الصحة النفسية، فقد أشار عبد الرحمن هيجان (1998) إلى أن الفرد كما يستجيب للعالم الخارجي بما فيه، فإنه يستجيب لعالمه الداخلي ولذاته مما يساعد في تشكيل الهوية لديه من خلال بعض النقاط، ومنها: تحديد جوانب القوة لدى الفرد والعمل على زيادته، وجوانب الضعف: والعمل على تحسينها مما يزيد الفرصة لوجود الصحة النفسية لديه، كما أضاف عبد الرحمن توفيق (2004) أن

التصور الإيجابي للذات أمر ضروري للشعور بالرضا والسعادة، ويمكن تنمية الشعور الإيجابي للذات من خلال الاهتمام بالأشياء الحسنة التي فعلها الفرد والتركيز علي الشعور بالسعادة، يتضح مما سبق أنه يمكن تخفيف الضغط النفسي من على الفرد، ومواجهة الإنهاك النفسي، من خلال تنمية ثقة الفرد بذاته والتركيز على إيجابيات الفرد، وتحويل نقاط الضعف إلى قوة، من خلال الوقوف على المشكلة وحلها حلا حقيقيا، وإبراز جوانب القوة في حياة الفرد ، حتى وإن كانت قليلة .

3-12-2 الاسترخاء والتأمل :

إن الفرد الذي يعاني من الإنهاك النفسي يجد شدا في أغلب أعضائه ، لهذا فمن المفيد معه أن يسترخي ويتأمل، إضافة لأخذ الراحة المناسبة، حيث ذكر فاروق عثمان (2001) أن الاسترخاء يمكن أن يساعد الفرد في التخلص من الضغوط القوية والتوتر الذي يشعر به، ومواجهة الإنهاك النفسي، وذلك شرط أن يقوم به الفرد بشكل سليم، حيث أن الاسترخاء يساعد في تقليل الآلام والمعاناة التي يعيشها الفرد نتيجة الضغوط التي تحيط به، ويؤيد ذلك المعنى آرثور روشان (2001) **arture rochan** حيث ذكر أن الاسترخاء والتأمل يساعدان في تقليل الشعور بالضغوط النفسية والتحكم فيها حتى لا يصل الفرد للإنهاك النفسي، شرط أن يكون الاسترخاء والتأمل في المكان والوقت المناسبين، حيث الهدوء والسكون يتضح مما سبق أن الإنهاك النفسي قد يصيب الفرد الذي يتعرض للضغوط المختلفة خاصة الضغوط الزائدة ، ولهذا فعليه أن يسترخي (جسديا، عقليا و وجدانيا، ...) على أن يكون ذلك الاسترخاء في الوقت المناسب والمكان المناسب حتى يحقق هدفه بل إن الاسترخاء فنية سلوكية ثبت نجاحها في التخفيف من الإنهاك النفسي للفرد، إضافة إلى تأمل الفرد وأخذه أوقات راحة مناسبة .

3-12-3 المساندة الاجتماعية :

تلعب المساندة الاجتماعية دورا مهما في مواجهة الإنهاك النفسي ، حيث ذكر شعبان الرضوان وعادل هريدي (2001) أن المساندة الاجتماعية من مصادر شعور الفرد بالأمن النفسي في بيئة العمل خاصة عند مقابلة الضغوط التي في الغالب ما تفوق قدرات الفرد .

ولأهمية المساندة الاجتماعية ذكر فيلدمان وآخرون (2002) Feldman,et.al أن المساندة الاجتماعية بمصادرها المتعددة (الأسر، الزملاء في العمل، الإدارة والإشراف الوظيفي) تعتبر عاملا واقيا للفرد بل المؤسسة كلها من الوقوع في خطر الضغوط النفسية والإنهاك النفسي، وهذا ما أشارت إليه نتائج بعض الدراسات مثل:دراسة فوقية راضي (1999) ، ودراسة براج (2003) Prag .

يتضح مما تقدم أن المساندة الاجتماعية لها دور مؤثر في وقاية الفرد من التعرض للإنهاك النفسي بما تحمله من دعم وتأييد للفرد سواء كان ذلك الدعم ماديا أو معنويا وكلاهما مهمان للفرد، فالإنسان كائن اجتماعي لابد له من التفاعل مع غيره والحصول على الدعم المناسب مقابل ذلك التفاعل و في المقام الأول فالفرد بحاجة إلى الدعم من طرف شريك الحية أي الزوج أو الزوجة مما يقف حائلا بينه وبين الإنهاك النفسي، ولهذا يمكن تقديم الدعم الاقتصادي والمالي للفرد إذا وقع في ضائقة مالية للتخلص من ذلك الموقف الحرج، والمساعدة السلوكية من خلال المشاركة في أداء الأعمال مثل: إذا رأى العامل زميله يعاني ضغوط العمل والعبء الزائد، فيجب أن يسانده قدر جهده، ويقدم له الدعم المناسب لينجز عمله ويخلصه من ذلك الضغط، مع ضرورة إعطاء النصائح والتعليمات للفرد بأسلوب مناسب لا يهينه ولا ينقص من قدره، وهكذا تلعب المساندة دورا مهما في وقاية الفرد من التعرض للضغوط والإنهاك النفسي .

3-12-4 تحليل وتوصيف الوظائف :

يتم تحليل وتوصيف الوظائف من جانب المؤسسة التي يعمل فيها الفرد، فقد ذكر على عسكر (2000) أن تحليل الوظائف يساعد المؤسسة لتعرف درجة الضغوط في الأعمال المختلفة، وبالتالي تسند العمل المناسب للفرد المناسب الذي يمتلك القدرات التي تمكنه من القيا م به، بل التكيف مع تلك الوظائف مع مراعاة الحِمل الوظيفي لكل عامل لهذا فن جد بعض المؤسسات تهتم بالتقييم المستمر لعمالها، بغية معرفة الأعباء الوظيفية التي يتحملها الفرد، و محاولة تخفيفها، أو زيادتها حسب حالة الفرد، ولذلك فتقوم بعملية تحليل لوظائفها ومن يوجد بها من عمال، أي تقوم بالتحليل على مستوى الوظائف وكذلك الأفراد،

حتى تتمكن من وضع الرجل المناسب في المكان المناسب، فيقل الضغط الواقع على كل فرد، وبالتالي لا يتعرض للإنهاك النفسي حيث يتحمل الفرد عبئا مناسبا لقدراته .

3-12-5 بعض الاستراتيجيات المعرفية :

إذا كان الإنهاك النفسي يشمل اختلالا في الجانب المعرفي، حيث يقل الانتباه والتركيز، كما يختل الإدراك، لهذا فقد أشار علي عسكر (2000) أن التعرض لمصدر الضغط في حد ذاته لا يسبب الانزعاج والإنهاك النفسي، وإنما رد فعل الفرد وإدراكه لذلك الضغط والتصرف نحوه هو الذي يحدد النتيجة النهائية، وغالبا ما يكون للاستعداد الذهني دور في ذلك ولذلك فلابد من استخدام بعض الاستراتيجيات المعرفية، حيث ذكر حسن مصطفى (2006) أن الاستراتيجيات والطرق المعرفية تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة ومحاولة الفرد فهم وتقييم الموقف من كل جوانبه ، مما يساعد في الوقاية من التعرض إلى الإنهاك النفسي، ومن الاستراتيجيات المعرفية ما يلي :

(أ) التحليل المنطقي وإعادة التفسير الإيجابي للموقف .

(ب) وضع أهداف واقعية بعد فهم قدرات الفرد وظروف واقعه .

(ج) التفكير الإيجابي في شتَّى جوانب الحياة (في نفسك ، والعمل ، والأسرة) ، والميل للتفاؤل .

(د) استخدام أسلوب حل المشكلات من خلال تحديد المشكلة ، وتقسيمها لأجزاء سهلة التعامل واستخدام الإستراتجية المناسبة للحل .

(هـ) العمل والاستفادة من الحدث والموقف، حيث يستفيد الفرد من المواقف في حياته، فيصحح مساره بالنسبة لتوقعاته المستقبلية، فهو ليس مستسلما دائما للضغط، وإنما يحاول التخفيف من خلال التفكير المبني على خبراته المختلفة، مما يدعم أهمية المواجهة .

لطفي عبد الباسط (1994) ، وآرثور روشان (2001) arture rochan، وعبد الرحمن توفيق (2004)، وتريفور باول trevor paule (2005)، وبشرى إسماعيل (2007).

في حين ذكر كاجان (1991) **Kagan** بعض الخطوات لمواجهة الإنهاك النفسي ، ومنها :

(أ) تغير أهداف الفرد عندما لا يستطيع تحقيقها ووضع مكانها أهداف بديلة ممكنة التحقيق .

(ب) جعل الموقف الضاغط أقل تهديدا من خلال النظر والتعامل معه بطريقة إيجابية ، ورؤيته من الجانب المشْرِقِ .

(ج) تحويل الخوف لتحدي من خلال رؤية الموقف على أنه تحدي يقابل الفرد وعليه التغلب عليه .

(د) القيام ببعض التمرينات الرياضية لمساعدة الجسم على الاسترخاء وضخ الدم بطريقة جيدة .

(هـ) الاستعداد للإنهاك النفسي قبل وقوعه بمعرفة مصادره ومظاهره وتجنبها .

وهناك طرق أخرى ومنها ما ذكرته ليلي عبد الحميد (1993) أن تحسين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين مطلب ضروري للتخلص من الإنهاك النفسي ، خاصة العلاقات مع الزملاء في العمل ، فالفرد بحاجة لمساندتهم للتغلب على ما يقابله من صعاب .

وإذا كانت العلاقة المهنية للفرد على قدر من الأهمية فإن علاقة الفرد بأسرته لا تقل أهمية، فقد أشار روبيرت و كينا(2007) **Rupert & Kena** إلى أهمية مراعاة العلاقات الاجتماعية بين الفرد وأسرته (الشريك الآخر والأبناء)، وضرورة قضاء وقت مناسب مع شريك الحياة، والتوازن بين البيت والعمل، وممارسة الهوايات، وأخذ فترات راحة مناسبة، حيث لا يطغى جانب على آخر.

كما أن الظروف الاجتماعية لها دور كبير في منع الإنهاك النفسي، حيث ذكرتْ ماسلاش و جولدبرج(1998) **Maslach & Goldberg** أنه من الضرورة الاهتمام بالمعلمين ورفع الأجور وتحسين النظرة الاجتماعية للمعلمين، حيث إنها نظرة متدنية، وعدم العمل لوقت إضافي إذا كان ذلك يمثل عبئا على الفرد، وأخذ الحمامات الدافئة ، وإتاحة الفرصة أمام المعلمين ليرتقوا وظيفيا، وليعبروا عن آرائهم في وجود جو مناسب .

كما أن هناك أهم علاقة يمكنها المساعدة والوقاية من التعرض للإنهاك النفسي، ألا وهي علاقة الفرد بخالقه –عز وجل – ولجوء الفرد في كل الأوقات إلى ربه والتضرع وإتباع سنة حبيبه المصطفى – صلى الله عليه وسلم – فقد قال تعالى : " وَقالَ ربُ كم ادعونِي أَستجِبَ لُكم إِن الّذِين يستكْبِرون عن عِبادتِي سيدُخُلون

جهنَّم داخِرِين " . سورة غافر آية (20) ، وقال الرسول – صلى الله عليه وسلم – " عجبا لأمرِ المؤمنِ إن أمره كَله خير وليس ذلك إلا للمؤمن إن أصابتْه سراء شكر فكان خيرا له ، وإن أصابتْه ضراء صبر فكان خيرا له "

نخلص مما سبق إلى أن الإنهاك النفسي كمرحلة من مراحل الضغوط النفسية، يمكن مواجهته من خلال الدمج بين الطرق السابقة، واختيار الفرد ما يناسبه ويناسب حالته، ونؤكد على اختيار الفرد المناسب للمكان المناسب وتكلفته بمهام مناسبة لقدراته ووضعه الوظيفي، وتزويده بالدعم اللازم كما لابد أن يفصل الفرد بين ما يقابله من مشكلات في العمل، وسلوكه في البيت، والحياة عامة... مع التأكيد على النزوع للمولى –عز وجل – وإلى العبادات الروحية مثل الصلاة والدعاء ... كل ذلك من شأنه التخفيف من الضغوط المختلفة، ومواجهة الإنهاك النفسي .

و استنادا بعلم النفس الإكلينيكي الأكثر تخصصا في هذا المجال، فمن بين الطرق الفعالة التي طورها علم النفس الإكلينيكي ما يسمى ب **coping** و فيما يلي توضيح لذلك :

3-13 الإنهاك و التكيف المهني **coping** : مراحل استرجاع الكفاءات

نسمي "**coping**" مقاومة وضعيات غير اعتيادية أو مأساوية و ينطوي هذا المسار مراحل نوردها فيما يلي:

3-13-1 الاعتراف بالمشكل :

يتمثل منطلق المسار في الاعتراف بحالة " غير عادية " تعب جسدي، و نفسي، عدم المغالبة في العمل، ...إلخ و ضرورة اتخاذ تدابير خاصة لمعالجة الوضع، ففي أغلب الأحيان، يكون الوعي بالأمر تدريجيا. في حالة الإنهاك المزمن، فإن مسار التغيير لا يمكن حدوثه إلا إذا تسنى للشخص الاعتراف بالحالة غير العادية التي يعيشها، فإذا اقتصر تدخل المسيرين حينها على عقوبات أو توبيخات، فإن ذلك لا يمكنه إلا أن يقوي الإحساس بالذنب المضمر تحت ظاهر الإنكار، غالبا ما يؤكد الأشخاص في هذه المرحلة على الاعتراف

بأن المسألة ما هي إلا مسألة تعب خفيف، و أن للمشكل بعد نفساني أكثر عمق، فمساندة المحيطين به له من شأنها أن تكون أساسية في الوعي بالمشكل.

3-13-2 الانعزال :

التوقف عن العمل يكون مصحوبا بوضع الشخص في معزل، فيكون لبعده النفساني أهمية خاصة، فالاهتمام بعالم الشغل و العلاقة به يوضعان جانبا مؤقتا، فيترتب عن ذلك إذن إقلاع ذهني، ففي غياب اعتراف طبي بتشخيص الإنهاك النفسي تصبح الإجازة مبررة بأسباب عدة :طلب الدخول في دورة تكوينية، إجازة سنوية، إحالة على الاستيداع إلخ ...، بالنسبة للبعض الآخر عندما لا تكون لهم الفرصة في أخذ عطل قانونية للابتعاد في وقت تزداد فيه الأزمة، يدفع بهم الأمر إلى الاستقالة من مناصبهم دون ضمان إمكانية إيجاد عمل آخر، فإن هذا المخرج لا يسمح بالسير الحسن للمراحل اللاحقة و هذا بسبب ما ينجم عنه من انعدام الأمن و فقدان التوازن، و هذا ما يفسر تفصيل بعض العاملين حاليا البقاء في مهنة يعانون منها أكثر فأكثر حسب فرقهم بل مرضاهم، و هذا عند انعدام وسيلة للابتعاد يمكن تصورها.

3-13-3 إعادة تأهيل القدرات :

إن هذا الانعزال يفتح فضاءا زمنيا و مكانيا داخلين مواتيين للراحة العاطفية، الجسدية و الذهنية بالنسبة لبعض الأشخاص، فإن البكاء يسمح بتفريغ غم عاطفي غير مطابق، أما الراحة البدنية فإنها تتم خاصة عن طريقة استراحة شاملة : الخلود إلى النوم المفرط 12 إلى 16 ساعة أو الإكثار من القيلولات، إنها مرحلة سبات، يمكن تشبيهها بفترة نقاهة، أما الاستراحة الذهنية فتتحقق بتقليل أسباب الإثارة :التوقف عن الحديث، تجنب الصراعات، و الإقلاع عن النشاطات المعقدة، مرحلة الهدوء و الوحدة هذه تشكل سياق ملائما للتصالح مع النفس، و الاستجابة لاحتياجاتها و لما لا لرغباتها" ...فالاهتمام بالنفس " يدفع بالشخص إلى المشاركة في نشاطات ثقافية، اجتماعية، أو ترقوية ذاتية مختلفة، فهذه الخيارات تتوافق مع الاهتمامات الخصوصية لكل شخص، فالطلاقة و التلقائية تشكلان خصائص نهاية هذه المرحلة التي تتم تسخيرها للقضاء على المجهودات غير المفيدة.

3-13-4 التساؤل :

يتعلق الأمر بفترة تحليل و تفكير بالنسبة للبعض، فإن العمل الداخلي يكون عميق فبالنسبة للجميع، فإن حصيلة نقاط القوة و نقاط الضعف سواء تلك المتعلقة بالجانب المهني أو الشخصي تؤدي إلى اختيارات تتبلور في شكل تدابير ذات صلة مع المحيط الخارجي فترى (Diane Bernier)، أن مدة هذه المرحلة تعد الأصعب من حيث التقدير فإنها ليست مرهونة بالضغوطات الخارجية، فقد وصفت هذه المرحلة الهامة بكونها الأكثر ألما بسبب ما تحمله من شكوك علاوة على صعوبة التحرك في هذا السياق، هذه الصعوبة التي تعد السبب الخفي لتغير التصرفات، فالأمر الذي ينبغي على أغلبية الأشخاص وضعه جانبا يتعلق بالأداء الكامل للعمل أو القدرة على القيام بكل شيء في أي وقت كان، أما القيمة الثانية التي يعاد النظر فيها فتتعلق بنوع من المثالية بالنظر إلى الأسباب الاجتماعية و الصراعات المؤسساتية، فيصبح الأشخاص ينظرون بعين ناقدة إلى ما يتصورونه على أنه مجرد سذاجة سالفة فيفقدون الاهتمام ببعض التعهدات السابقة يرون أنه مبالغ فيها، فالقيمة البديلة الأساسية تتمثل في أهمية الحفاظ على حياة شخصية و وضع حدود لنشاط الشغل، فالعلاقات و الاهتمامات الشخصية أو بالأحرى فترات الوحدة، أصبحت جد هامة، أما ثاني قيمة أولوية فتصبح المتعة في العمل، و كل يحس بهذه المتعة بطرقة مغايرة، تعلم أمور جديدة، تكوين علاقات إنسانية التحدي، المسؤوليات ...إلخ ، و بعد معايشة مرحلة إعادة تأهيل بطيئة لصحتهم فتصبح هذه الأخيرة محل اهتمام خاص من قبل العديد من الأشخاص.

3-13-5 الاستكشاف الممكن :

إن العمل الداخلي المتبوع بمواجهة الواقع الخارجي و معاودة الاتصال بعالم الشغل يتمان وفق نمط استكشافي أي البحث عن إمكانيات تشغيل تتلاءم و القيم الجديدة، فيتعلق الأمر بمرحلة حس نبض و تجريب(محاولة)، فهذه المرحلة قد تكون طويلة، فقد تدوم ستة أشهر إلى عامين بل ثلاث سنوات، و يتمثل الاستكشاف وفق نمطين أساسيين :إجراءات البحث عن العمل أو العمل التجريبي، فهذا الأخير يتحقق خارج محيط العمل المعتاد أو على مستوى التنظيم الموظف عن طريق التحويل إلى منصب آخر.

3-13-6 الانقطاع فرصة للتحول :

هناك أشكال مختلفة من الانقطاع حيث يمر الأشخاص من وضعيات مزعجة عاشوها في محيط عملهم، إلا أن هذه الانقطاعات تفاوتت في عمقها، فالمستوى الأول للانقطاع يتمثل في فرض حد لمدة التواجد الجسماني، فالعمل على فترات يسمح بالانعزال العاطفي و إيجاد فضاء أوسع للحياة الشخصية. لكن و للأسف، فإن مرونة العمل في أيامنا هذه تقلل من فرص الاستفادة من عمل على فترات، فبالنسبة لأغلبية الأشخاص يتسم مستوى الانقطاع بمغادرة المؤسسة الرئيسية، بينما

يواصل البعض في نفس النوع من العمل، أما الآخرون فيغيرون الأشخاص الذين يعملون معهم أو قطاع العمل، في حين فإن الكثير من الأشخاص يفضلون الانقطاع التام (**in Agnes Perry** 1997)**.**

3-14 الضغوط و الإنهاك النفسي لدى الأطباء و الممرضين :

يتضح من خلال ما سبق خطورة الإنهاك النفسي على الفرد وخاصة إذا تعلق الأمر بالطبيب أو الممرض حيث قد يكون لها عواقب وخيمة على نوعية العلاج وحياة المرضى ، و كذا على حياة الممارس نفسه ، و خاصة في غياب برامج تدعيمية و إرشادية تساعد الممارس على مواجهة الضغوط المهنية و الارغامات المتنوعة ، يتجه هذا الأخير لأساليب تعويضية كالخمر و المخدرات .

حيث تتفق أغلب الدراسات الوبائية على أن الأطباء من أكبر المستهلكين للأدوية والعقاقير مقارنة بالمجتمع العام، و تعتبر المادة الأكثر استهلاكاً حسب دراسة أمريكية استهدفت 3000 طبيب خلال السنة الثالثة لممارستهم و ذلك لمدة سنة ، هي الكحول، تليها المريخوانا، السجائر و البتروديزيبين.

.(Hughes & al , 1991 ; Domenighetti & al , 1991)

و يظهر من خلال دراسات أمريكية اختلافات في نسبة استهلاك المواد و هذا حسب التخصص حيث سجلت أعلى نسب الإدمان عند الأطباء العقليين و أطباء الاستعجالات و أدناها عند الجراحين

(Hughes & al ; 1986 , Mc Auliffe & al 1999)، كما انصب اهتمام دراسات أخرى (Weinberg & Creed 2000) على الصحة العقلية (القلق، الاكتئاب و الانتحار) عند الأطباء حيث تتراوح نسبة المرض العقلي عندهم ما بين 21% إلى 28% (Ramirez & al , 1995 ; Ramirez & al , 1996 ; Caplan , 1994) و يصيب

الاكتئاب حوالي 50 % من الأطباء في حين تقدر النسبة في المجتمع العام ب 26 % , Caplan (1994) ، و اهتمت دراسات عديدة بنسبة الانتحار عند الأطباء كدراسة الباحثين (1996 Ramirez & al) (Olkinuora & al , 1990 ; Rose & Rosow , 1973) ، حيث و توصلت دراسة أقيمت في فلندا ، إلى أن التفكير في الانتحار يكون أعلى عند الطبيبات (26 %) عنه عند الأطباء (22%). (Olkinuora & al , 1990)

و يشير Murray إلى أن خطر الإدمان على المخدرات و الكحول يكون أعلى لدى الأطباء الشبان بينما يحدق خطر الإصابة بالإكتئاب و كذلك الإنتحار بالأطباء الأكبر سناً، و قد درس نفس الباحث حالات الدخول إلى مستشفى الأمراض العقلية للأطباء الرجال الذين يفوق سنهم 25 سنة مقارنة بآخرين لا ينتمون إلى السلك الطبي و من نفس الطبقة الاجتماعية و قد لاحظ أن عدد حالات الدخول عند الأطباء كانت تقدر ب 449 مقارنة ب 205 من غير الأطباء و هذا بالنسبة لمجتمع من 100000 فرد ، فيما يخص نسبة الانتحار الملاحظة عند الأطباء و غير الأطباء بالنسبة نفس المجتمع ، فإنه يلاحظ أن عدد حالات الانتحار عند الأطباء بغت 549 مقابل 218 في المهن الأخرى.(Murray , 1983)

كما أن عوامل الضغط التي يتعرض لها الممرض عديدة و متنوعة، فإذا كانت المتطلبات الخارجية تفوق قدرات هذا الأخير، فهذا يؤثر على نوعية العلاج و في نفس الوقت على معنوياته. يعتبر علاج المريض ليس بعمل سهل، و يتطلب من الممرض أن يتحلى بكفاءات عالية، و هذا في مختلف مجالات التمريض منها التقنية و العلائقية. فأمام كل هذه المتطلبات، يجد الممرض نفسه معرض إلى عوامل قد تكون خارجية) عوامل ذات الطابع التنظيمي (أو عوامل داخلية) شخصية الممرض تجعله عرضة للإنهاك النفسي.

لقد أوضحت بعض التحقيقات أن هناك علاقة تربط بين العمل المرهق و عدد أعراض الضغط أو الإشارات الدالة عليه، على غرار الإدمان على الكحول، التغيب، اللجوء إلى العقاقير .(in Sylvie Antoine, 2000).

و بينت دراسة (2000) Noel Natacha حول الإنهاك النفسي عند الممرضين العاملين في مصالح المرضى المسنين، أن الممرضة تقوم بأعمال صعبة المهام، لأنها تعالج أشخاص يعانون من عدة أمراض في نفس الوقت، و أشخاص معوقين حركيا و هذا ما يجعلها في حالة تعب نفسي بدني.

أما عن كل من Mauranges و Aline et Pierre Canoui (1998) تحدثا في كتابهما عن أحد التحقيقات التي أقيمت سنة 1996 حول تنظيم ظروف العمل عند الممرضين، فتوصلوا إلى أن :69% من الممرضين يشكون من الحالات الصعبة 41% يشكون من حمل الأثقال التي قد تصل إلى 50 كغ كما أن 82% يشكون من معاناة جسدية كالوقوف لأوقات طويلة دون اللجوء للراحة.

كما لخص Dewe (1989) في دراسته لإبراز العلاقة القائمة بين عوامل الضغط و الإنهاك، توصل إلى أن أهم العوامل الضاغطة المؤدية للتعب و الإنهاك النفسي تتلخص فيما يلي:

1-الاهتمام بأكثر من مريض واحد في نفس الوقت.

2-تمريض أفراد الحالات الخطيرة.

3-صعوبات متعلقة بمعاملة الآخرين.

أما **Fitter** (1987) تكلم عن 8 مصادر الضغط عند الممرضين و هي :

1-مسؤولية الاهتمام براحة المريض.

2-العمل في أوقات مضطربة ساعات متأخرة، ساعات إضافية، إنابة زملاء غائبين.

3-صراعات بين الزملاء خاصة مع الأطباء.

4-ثقل العمل.

5-صعوبة العمل و خاصة عندما يكون جسدي.

6-الاهتمام بمسؤولية تكوين المتربصين الجدد.

7-استعجالات و اضطرابات في العمل.

8-مواجهة التغيرات في ميدان العمل.

15-3 خلاصة الفصل :

يتضح جليا من خلال هذا الفصل خطورة التعرض إلى الإنهاك المهني و خاصة إذا تعلق الأمر بفئة ممارسي الصحة العمومية من طبيب و ممرض الأمر الذي سينعكس سلبا على نوعية العلاج و العلاقات المهنية ككل و حتى على المجالات الاجتماعية و الأسرية و خاصة منها العلاقات الزوجية ، فالفرد الذي يعاني من الإنهاك المهني بأعراضه الخطيرة التي تم التطرق إليها خلال هذا الفصل من المتوقع أنه لا يمكنه تحقيق التوافق الزواجي ، ولقد اهتم بهذا الجانب الباحثون لخطورته على الفرد و على أسرته و كذلك العمل مما قد يؤثر على الإنتاج القومي بطريقة سلبية ، و على البنية الأساسية لأي مجتمع ألا و هي الأسرة ، لذلك ظهر مصطلح " **الإنهاك النفسي الزواجي** " " **Marital Burnout** " كما في دراسة إريكسون وآخرين (2000) **Erickson,et.al** ، التي أثبتت علميا وجود الظاهرة بمعنى آخر أثبتت الدراسة تخطي آثار الإنهاك المهني مجال العمل للوصول إلى الأسرة و التأثير سلبا على العلاقة الزوجية و منه على الأسرة ككل.

و لهذا الغرض تعتبر الدراسة الحالية محاولة للكشف عن نوع العلاقة بين الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي لدى ممارسي الصحة العمومية الجزائرية و لعلها تكون بوابة لدراسات علمية أخرى التي لن تكون نتائجها إلا ايجابية على المجتمع عامة كما تعود بالنفع على الفرد خاصة بإمداده بوسائل العلمية لمواجهة ضغوطات العالم المعاصر و تحقيق توافقه مع مقتضيات الحياة.

وختاما لهذا الفصل نستطيع أن نقول أن كل ما قدمناه حول الجانب النظري لتناذر الإنهاك النفسي سوف نحتاج غليه عند تحليلنا لنتائج البحث، و لقد ركزنا على تعريف **ماسلاش** للإنهاك لأنه يخدم موضوع البحث، و لأن ماسلاش تصف المستويات الثلاثة الأساسية لهذه الظاهرة و التي اعتمدنا عليها للتحقق من الفرضيات المرتبطة بالإنهاك المطروحة في الدراسة الحالية.

الفصل الرابع
التوافق الزواجي

تمهيد

تعريف الزواج وأهميته

الحاجات التي يشبعها الزواج

مفهوم التوافق الزواجي

مظاهر التوافق الزواجي

المتغيرات المؤثرة في التوافق الزواجي

التوافق الزواجي من منظور إسلامي

نظريات التوافق الزواجي

معوقات التوافق الزواجي

طبيعة اضطراب العلاقة الزوجية

اثأر اضطراب العلاقة الزوجية

مقترحات لتحقيق التوافق الزواجي

برنامج مقترح لوقاية و علاج التوتر الزواجي

خلاصة الفصل

- تمهيد :

يعد علم النفس من العلوم الإنسانية التي تسعى إلى دراسة السلوك الإنساني في مواقف متعددة وفهمه والتنبؤ به والتحكم فيه، وحل جوانبه الغامضة و غير المتوافقة.

و بما أن الزواج والحياة الزوجية من أهم الأحداث السلوكية في حياة كل فرد، فان البحث الحالي يسعى إلى توظيف إمكانات علم النفس في تناول الحياة الزوجية فالزواج بالنسبة لمعظم الناس العلاقة الأكثر حميمية والتي يقيمونها بإرادة والزواج قد يكون في نفس الوقت أحسن أو أسوء ما يحدث للشخص ،فعندما تنجح العلاقة ستكون مصدر إشباع للشخص وتشعره بأنه ينتمي للنصف الأخر وتمنحه القوة لمجابهة المصاعب .وعندما تفشل العلاقة الزوجية فإنها تؤدي إلى التعاسة أكثر مما يتصور الشخص(هالفورد 1987 halford ص 3).

كما أن الزواج من أقدم النظم الاجتماعية التي عرفتها البشرية عبر تاريخها الطويل وأكثرها استقراراً وقبولاً وإجماعاً عند كافة التجمعات البشرية والفلسفات والأديان السماوية على وجه الخصوص . فهذه جميعا قد أجمعت على أهمية وضرورة الإيواء والسكنى تحت سقف الحياة الزواجية، وحثت على الاحتماء بها من الأخطار والسلوكيات الاجتماعية غير المقبولة. فوضعت له من التشريعات والقوانين ما يكفل قيامه على أساس قويم، يضمن انبثاق أسرة سليمة تكون أساساً لمجتمع سليم، فبالزواج يتم إشباع أهم الدوافع الفطرية وأقواها، وهي الدافع الجنسي، ودافع الأمومة ودافع الأبوة، وذلك في جو صحي سليم يسوده الحب والتعاطف، والزواج يعني أيضاً إكساب شرعية الوجود للوليد الإنساني وتحديد هويته وكينونته وانتمائه (خليل،1999،ص 12) .

لهذا فالزواج مطلب من المطالب الأساسية للفرد البالغ لبناء الأسرة التي ينعم فيها بالسعادة والتي تدعمه وتسانده في كل الأمور...، وذلك لا يحدث في كل الزيجات، بل يكون في الزيجة التي تسعى لتحقيق التوافق والتكيف بين الزواجين، والذي تمتد آثاره لباقي أفراد الأسرة، مما ينعكس أثره على المجتمع كله، لهذا فالزواج السعيد ارتبط بوجود ما يسمى بالتوافق الزواجي Marital Adjustment.

لذلك فللزواج أهمية كبيرة، حيث أشار محمد عبد الرحمن (1986) إلى أن الزواج يعتبر أملا لمعظم الشباب من الجنسين، وذلك لما يحققه من التوافق النفسي والاجتماعي لديهم ، بل إن هدف المجتمع المحافظة على كيانه من خلال تحقيق احتياجات المجتمع وكذلك احتياجات أفراده، و ذلك لا يتأتَّى إلا عن طريق الزواج، وينتج عن ذلك علاقة وثيقة بين الزوجين يمكن تسميتها " العلاقة الزواجية"

وتلك العلاقة كما ذكرت هالة سيد (1996) تعتبر رابطا وثيقا يربط بين الزوجين، وبقدر قوة ومتانة ذلك الرابط بقدر تماسك الزواج، مما يزيد التفاعل العائلي بين جميع أفراد الأسرة، بل إن هذا الرابط يعتمد على وجود التوافق والانسجام في شتَّى مظاهر الحياة مما يزيد التوافق بينهما.

وفي مقابل ذلك فقد حدثتْ مجموعة من التغيرات التي أثَّرتْ في الأسرة، ودرجة التماسك الزواجي، ومن تلك التغيرات ما ذكره محمود عبد القادر (1987) : خروج المرأة (الزوجة) للعمل وتحول الأسرة للفردية، وزيادة المستوى التعليمي للزوجين ،مما نجم عنه بعض المشكلات التي قد تعوق الزوجين وتهدد العلاقة الزواجية، ومنها ما أشار إليه عبد السلام إبراهيم (2005) : الجوع النفسي بسبب عدم إشباع الحاجات الأساسية، واضطراب الأبناء وانحرافهم، وتدهور الأخلاق وازدواجية القيم، وضعف المستوى الثقافي للأسرة، ووجود أخطاء في عملية التنشئة الاجتماعية، هذا بالإضافة لمشاكل أكثر وضوحا مثل غلاء المهر، وعدم وجود السكن المناسب مما يؤدي لتأخير سن الزواج، والكثير من الاضطرابات الأخرى .

من جهة أخرى فانفصام الرابطة الأسرية هو خطر كبير على الزوجين وأبنائهما فضلا عما يترتب عليه من آثار نفسية، تربوية، اجتماعية، قانونية، اقتصادية وسياسية مما دفع بالمفكرين والباحثين والدارسين في هذه المجالات إلى اعتبار الأسرة من أهم مجالاتهم البحثية .

ويعتبر الفهم الجيد للزواج وكيف يمتد عبر الزمن، من الحاجات الأساسية ففي الوقت الذي يسعد فيه الكثير بالزواج في بدايته نجد عددا كبيرا منهم يلجاون للطلاق فيما بعد ، فقد وجدت دراسة " ماك دونالد 1995McDonald " ان نسبة الطلاق قد قاربت 50 % في العقود القليلة الماضية حيث 55 % من

الأمريكيين و 45 % من الاستراليين و 42 % من الانجليزيين و 37 % من الالمانيين تنتهي زيجاتهم بالطلاق أو يستمرون في علاقات غير مرضية (هالفورد و اخرون 1997 ص 4) .

وهذه النسب المرتفعة من الطلاق لا تقتصر على الدول الغربية فقط بل كذلك نجد في الدول العربية تزايدا مطردا لحالات الطلاق ففي مصر وصلت نسبة الطلاق في القاهرة وحدها 60000 حالة سنويا وهذا سنة 1965 اما في المجتمع السعودي فقد سجلت أعلى نسبة في الطلاق سنة 1984 حيث بلغت 683 حالة. (شلبي. بدون تاريخ .ص 7).

أما في الجزائر فان معدل الطلاق في تزايد مستمر فمن سنة 1994 إلى 2002 بلغ معدل الطلاق 24561 سنويا حيث بلغ 25628 حالة طلاق سنة 2002 وتعرف العاصمة أعلى نسبة حيث تسجل 1999 حالة سنويا والتي بلغت2158 حالة طلاق سنة 1998 (إحصائيات وزارة العدل 2004) عن بلميهوب كلثوم 2008.

على أي حال فإننا بحاجة إلى أن نتوافق ونتكيف مع هذه الظروف بطريقة مقبولة ، لذلك فلابد لنا من معرفة ما يسمى بالتوافق النفسي بمعناه العام ، حيث إنه مطلب أساسي لكل مخلوق ، لذلك فمن الضروري إلقاء الضوء على ذلك المصطلح . فذكر حامد زهران (1998) أن التوافق النفسي عبارة عن عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة التي يحدث فيها بالتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة وإشباع حاجات الفرد ، وتحقيق مطالب البيئة التي يعيش فيها.

لذلك فالتوافق النفسي عملية مستمرة لا يتوقف حدوثها ما دام الفرد حيا ، وهي تتناول سلوك الفرد فتعدله بما يتلاءم مع البيئة التي يعيش فيها ، وكذلك تتناول البيئة فتحاول تغييرها بما يتناسب مع أهداف الفرد فيها ، إذا فهي عملية مزدوجة تستمر حتى يشبع الفرد حاجاته وكذلك تتحقق مطالب البيئة ، بناء على ما سبق فقد تعددت أبعاد التوافق النفسي ، حتى شملت جوانب الحياة كلها ، ومنها التوافق الزواجي Marital Adjustment والذي يتضمن مجموعة من الأبعاد أشارت إليها راوية دسوقي (1986) :

1. الخطوبة والاختيار الزواجي : وتشمل اختيار الزوج لشريك حياته وتفاهمهما ورضائهما عن الاختيار
2. التوافق الأسري : أي الانسجام والاتفاق بين الزوجين على كافة أمور الحياة الأسرية .

3. النضج الانفعالي والعاطفي : أي التجاوب الروحي والاتزان النفسي والعصبي وتبادلهما الحب والتسامح فيما بينهما .

4. العلاقات الشخصية : وتشمل العلاقات القائمة بين الزوجين في إطار الأسرة والزواج ويكون أساسها الاحترام المتبادل .

5. العلاقات الاجتماعية:أي السعادة في إقامة علاقات مع الآخرين والاتصال الاجتماعي في سهولة ويسر.

6. التوافق الجنسي: ويتضمن السعادة الزوجية والإشباع والرضا الجنسي والعاطفي والاستقرار الزواجي.

لهذا فالتوافق عملية مهمة تدخل كل جوانب الحياة وشرايينها، فهو بمثابة الدم الذي يجري في العروق، فلا يستطيع الفرد العيش دون حدوث عملية التوافق في حياته، وإذا كان هذا هو الأمر بالنسبة للتوافق النفسي فإن الأمر لا يقل أهمية بالنسبة للتوافق الزواجي فهو بعد مهم من التوافق النفسي ، حيث أن السعيد من سعد في بيته ولو أراد الناس كلهم أن يحزنوه، والتعيس من شقي في بيته ولو أراد الناس كلهم أن يسعدوه، ولذا فلابد من رضا الزوجين عن بعضهما واختيارهما، واتفاقهما في الرؤية العامة للحياة ، وتسامحهما، والاحترام المتبادل بينهما، وقدرتهما على إقامة علاقات سوية مع الآخرين، إضافة لرضاهما عن العلاقة الجنسية بينهما، مما يساهم في وجود التوافق الزواجي بينهما .

و في إطار الدراسة الحالية، ولغرض الكشف عن العلاقة (إن وجدت) بين الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي لدى عينة الدراسة، وجب علينا التعرف على موضوع التوافق الزواجي الذي قل ما تطرق إليه الباحثين في مجتمعنا رغم أهمية الموضوع الجوهرية ، و تم التطرق لأهم الجوانب النظرية للتوافق الزواجي كالتالي:

1-4 تعريف الزواج وأهميته :

الزواج هو تلك العلاقة الاجتماعية الوحيدة الدائمة بين الرجل والمرأة التي يباركها الله سبحانه وتعالى لأنها الأساس الشرعي السليم لتكوين الأسرة خلية المجتمع الأولى يقول تعالى (و من آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها و جعل بينكم مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون.) ."سورة الروم" الآية 21 ، وهو من أهم الأحداث الكبرى في حياة الإنسان ،تلك الأحداث هي الميلاد والزواج والموت . إما الميلاد والموت فيحدثان دون أن تكون لنا يد فيهما، أما الزواج فالإنسان هو الذي يقرر بمن سيتزوج ومتى.(عبد الرحمان، 1986 ،ص 196).

والزواج أمل الغالبية العظمى من الشباب ذكورا وإناثا وخاصة في مرحلة العقد الثالث من الحياة لما يسهم به في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لديهم ولان الزواج يمثل قنطرة عبور بين احتياجات المجتمع لكي يحافظ على كيانه واحتياجات الأفراد لتحقيق ذاتهم وهو بناء تأسيسي لإشباع توقعات كل من الفرد والمجتمع وهو أحد الشعائر المهمة للعبور من تبعية الطفولة إلى الحرية والمسؤولية المميزة للشخص الراشد .

والزواج مطلب أساسي من مطالب النمو الذي إذا تحقق إشباعه بنجاح أدى إلى الشعور بالسعادة وأدى إلى النجاح في تحقيق مطالب النمو مستقبلا ،بينما يؤدي الفشل في إشباعه إلى نوع من الشقاء وعدم التوافق مع مطالب الفترات التالية من الحياة. فللزواج إذن أهميته الكبيرة كعملية اجتماعية وكخطوة أساسية في تكوين الأسرة وللدور الذي يسهم به في تحقيق التوافق النفسي لكل من الرجل والمرأة فالزواج هو السبيل الذي يلتمس فيه كل منهما طريقه إلى شريك من الجنس الأخر يجد عنده الحب والدفء والوفاء والصدق ويحقق له السعادة الشخصية ويجنبه الغواية ويشبع له العديد من حاجاته النفسية والاجتماعية والفزيولوجية التي يصعب تحقيقها دونه (المرجع السابق، 1986، ص 1) .

2-4 الحاجات التي يشبعها الزواج :

يسهم الزواج في إشباع العديد من الحاجات والدوافع التي يصعب إشباعها دونه فهو يشبع :

* الدافع الجنسي الذي هو الدافع البيولوجي الوحيد الذي يتأجل إشباعه عند كثير من الشباب في مجتمعنا ،إلى ما بعد الزواج، والجنس كدافع قوي يعد احد الحاجات ذات الاهتمام وذات المكانة الأساسية في العلاقات الزوجية الذي يمكن بإشباعه تحقيق الإرضاء النفسي والراحة الجسدية ولا يقف إشباع الدافع الجنسي على جانبه الفزيولوجي فحسب بل هو إشباع نفسي في الوقت ذاته.

ولاشك أن إشباع الدافع الجنسي عن طريق الزواج يحدث إرضاء نفسيا وجسديا معا في علاقة يرضى عنها المجتمع وهو مالا يمكن أن يتحقق في علاقة جنسية أخرى غير شرعية.

*الحاجة للحب والتقدير ففي دراسة "ستروس Strauss 1945" على عينة من الشباب والفتيات عددهم 373 والمقترنين في خطوبة والمتزوجين بالفعل منذ اقل من سنة كانت هناك قائمة بأهم الحاجات التي كانوا يأملون إشباعها عن طريق الزواج فجاءت الحاجة (إلى شخص يحبني) هي أول الحاجات لكل من الرجال و النساء بينما جاءت الحاجة (إلى شخص أبوح له بأسراري) في المرتبة الثانية، فالحب دافع قوي نحو التعاون في مواجهة مشكلات واحباطات الحياة لأنه علاقة مختارة ،ويتبعه الشعور بالأمن والاطمئنان وان التأييد العاطفي إنما يأتي نتيجة أن الشخص محبوب من الآخرين و يحبهم لذاتهم وانه ذو قيمة لديهم.

* الحاجة لتأكيد الذات واثبات الهوية فالانفصال عن الأسرة الأصلية وتكوين أسرة جديدة يدعم الشعور بالذات واثبات الهوية ، فقد أوضحت دراسة هردر 1970 عن تحقيق الذات والحالة المزاجية والتوافق الشخصي لدى النساء المتزوجات ، أن عامل التوافق يرتبط ارتباطا موجبا وعاليا بالتوجه الداخلي للذات (تحقيق الذات) ويرتبط ارتباطا سالبا وعاليا بالعصابية والقلق الصريح ووجود علاقة موجبة بين الوقت الذي مضى على الزواج وتحقيق الذات كما وجدت علاقة ارتباطيه موجبة وعالية بين الانفتاح في العلاقات والمرغوبية الاجتماعية، وان الرضا عن الدور الزواجي يرتبط ايجابيا بمعدلات السعادة الزوجية وان مستويات الأمزجة الخمسة (المرح/ الاكتئاب، ثراء الحياة/ فراغ الحياة، الصحبة / العزلة، الهدوء / القلق، الطاقة /

التعب) ترتبط ايجابيا بعامل التوافق، ولا توجد علاقة بين مستويات المزاج والانفتاح وان بعض خصائص الشخصية كالانفتاح والتوافق والاستمتاع بالحياة ترتبط بتحقيق الذات ووظائف الشخصية المتكاملة .

وفي دراسة افاري 1976 عن العلاقة بين نجاح الزواج وتحقيق الذات لدى الأزواج المتزوجين من عاملات ،وجدت علاقة بين تحقيق الذات والعلاقات الزوجية الناجحة ، حيث أن هؤلاء الأزواج يحققون ذواتهم بدرجة عالية من خلال الزواج.

* كما يشبع الزواج الحاجة إلى الأمومة عند المرأة والحاجة للأبوة عند الرجل .

4-2-1 الزواج والصحة :

لا شك أن إشباع هذه الحاجات يؤدي إلى تحقيق السعادة والتوافق النفسي والصحي والاجتماعي فقد وجدت دراسة جينيفياف و جماعتها، آن الرجال المتزوجين أكثر المجموعات الأربعة شعورا بالسعادة (رجال متزوجون،نساء متزوجات،رجال غير متزوجين،نساء غير متزوجات) وان الرجال غير المتزوجين اقل سعادة من النساء الغير المتزوجات.(بلميهوب كلثوم 2004 ص38)

وأوضحت دراسة جونس 1958 أن المتزوجين لديهم قدرة اكبر على التحكم في مشاكلهم الانفعالية من العزاب.

أما دراسة جلان 1975 التي أجريت على عينة قوامها 1841 من الذكور و 2012 من الإناث (وتحتوي على المتزوجين والأرامل والمطلقين وغير المتزوجين) وتتراوح أعمارهم بين 18 إلى 60 سنة في الفترة ما بين 1972 و 1974 .وتوصلت إلى أن الأشخاص المتزوجين يقررون سعادة شاملة عن الأشخاص غير المتزوجين بالنسبة للذكور والإناث على السواء (دالة عند 05.) والنتيجة في صالح الإناث أكثر من كونها في صالح الذكور. (المرجع السابق ص 39)

وفي دراستين أجريتا سنة 1957 ، و سنة 1976 اتضح أن هناك علاقات ارتباطيه ايجابية بين مشاعر السعادة وحالة الزواج في مقابل عدم الزواج ، وهذا التأثير أعلى لدى الذكور منه لدى الإناث ولدى الأكثر شبابا.كذلك بينت أن الرجال غير المتزوجين اقل سعادة من النساء غير المتزوجات ،مما يوحي بان

فائدة الزواج للرجال أكثر من فائدته للنساء ،ويعود جانب من هذا إلى أن النساء عموما يعبرن عن درجة من الشعور بالرضا أكثر من الرجال.(ارجايل 1996 ص 30)

كما بينت ذلك دراسة يونس 1978 على عينة متكونة من 86 من المتزوجين (45 ذكور ، 41 إناث) و 119 من غير المتزوجين (60 ذكور، 59 إناث) وتشمل العزاب والمطلقين والأرامل واستخدمت اختبار التوافق النفسي العام والمهني للراشدين ترجمة وتعريب عباس عوض والذي يتكون من 160 سؤالا ، و توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 بين المتزوجين وغير المتزوجين في أبعاد التوافق المنزلي والصحي والاجتماعي والانفعالي والتوافق النفسي العام لصالح المتزوجين بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين وغير المتزوجين في التوافق المهني .

كما وجدت الدراسة أن المتزوجين ذوو المؤهل العالي هم أكثر المجموعات توافقا بينما غير المتزوجين ذوي المؤهل المتوسط هم اقل المجموعات في التوافق النفسي العام ، وقد فسرت هذه النتيجة من أن المتزوجين أكثر ارتباطا بأفراد الأسرة التي يرعونها وأكثر عونا وحبا لهم وأكثر توافقا معهم بينما يكون غير المتزوجين اقل إحساسا بذلك بل قد يشعرون أنهم عالة على الآخرين وأنهم محل كراهية منهم ، فالزواج يؤدي إلى الترابط بين الأسر وتقوية أواصر المحبة بينهم، الأمر الذي يصحب معه مزيدا من التوافق الأسري لدى المتزوجين ،ويفيد الزواج أيضا في تحقيق التوافق الصحي لكل من الرجل والمرأة، بل أن معدل الموت يرتبط بدرجة كبيرة بالحالة الزواجية ، فالمتزوجون لديهم معدلا منخفضا في كل مراحل الحياة عن الأشخاص الذين لم يسبق لهم الزواج أو تحطم زواجهم بالموت أو الطلاق ويرجع دور الزواج في ذلك لما يسهم به في تحقيق التوازن العقلي والنفسي للمتزوجين لان هناك شخصين يعتني كل منهما بالأخر ،وكدليل على ذلك هو ارتفاع معدل الموت والانتحار بين المطلقين والأرامل تخلصا من الأزمة النفسية الناشئة عن هذه الحالة كما أظهرت ذلك دراسة (لانديس Landis1977).

يقول "لينش Lynch 1977 " بالرغم من المشكلات والضغوط التي يعاني منها بعض المتزوجين إلا أن غير المتزوجين يعانون أكثر فهم يموتون قبل المتزوجين وأمراض القلب لديهم ضعف عددها عند

المتزوجين، كما وجد سيغرايفس أن أعلى نسبة داخل مستشفى الأمراض العقلية هي نسبة العازبين والمطلقين، وهذا ما جعل الزواج بالرغم من انه أصبح محل تساؤل في المجتمع الغربي حيث أن العديد من الأفراد يتساءلون عن مصداقيته كما هو الحال في أمريكا فان عدد المتزوجين لا يتناقص فهو يسهم في مساعدة الفرد على مواجهة الضغط.(سترينtrean 1985 ص 1)

وكذلك يسهم الزواج في تحقيق التوافق الاجتماعي للمتزوجين نظرا لما للزواج من قيمة اجتماعية فالذي يقاوم الزواج غالبا ما يشعره الأهل والأصدقاء انه منبوذ أو سيكون منبوذا إذا استمر على هذه الحال وكثيرا ما يشعر العزاب والمطلقون أنهم اقل حظا في حياتهم وأنهم اقل قدرة من الآخرين على تكوين علاقات اجتماعية حقيقة وصادقة مع الآخرين ، ويسهم الزواج بدرجة كبيرة في تحقيق التوافق الانفعالي فتزول معه عوامل القلق والخوف من المستقبل أو تقلبات الحياة ، ويعد على نطاق واسع وسيلة للوقاية والعلاج معا من أعراض العصاب ، فشعور الفرد انه مرغوب فيه من الطرف الأخر يعطيه إحساسا بالقيمة والتقدير كما أن ارتباطه بشخص أخر يجنبه الخوف من الوحدة زيادة على أن وظيفة الوالدية تعطي شعورا بالارتياح والسعادة.(يونس 1978 ص 301)

وقد أكدت دراسات "هوفمان Hoffman 1970 " ، "عبد الرحمن" 1980 ، ثعبد الرؤوف 1981 ودراسة سعدان 1992 أن الخلية الزوجية عمادها الحب و دوام التوافق ، فالتوافق الزواجي قرين الرضى عن الذات وتقديرها والاتزان النفسي وهذا هو روح الحياة الزوجية السعيدة وليس معنى ذلك انعدام المشكلات بين الطرفين ولكن التوافق الزواجي والتكيف السريع والاتزان العاقل هو الذي يحفظ للخلية الزوجية حياتها بكل سعادة ونشاط ورضى، أما إذا عظمت المشكلات الزوجية وانعدم التوافق بين الطرفين واستحكمت هذه المشكلات وازمنت ، فان الخلية الزوجية سرعان ما تتداعى بعوامل الصراع النفسي والقلق والاكتئاب ويسود الشقاء بين أفرادها ، وان النجاح في القيام بالدور الزواجي يعطي الإحساس بكفاءة الدور الأسري ومسايرة الزوجين للتوقعات وكسب العيش والمحافظة على الأسرة والمساندة الانفعالية وتنشئة الأطفال كل ذلك يؤدي

إلى الإحساس بالكفاءة والانجاز والثقة بالنفس مما يجعل الفرد يقيم نفسه تقييما ايجابيا يكشف عن تقدير الذات.(بلميهوب كلثوم ص 41)

ومما سبق يتضح أهمية موضوع التوافق الزواجي في تحقيق الأهداف السامية لوجود الإنسان ، وفيما سيأتي سيتم التطرق لمفهوم التوافق الزواجي.

3_4 مفهوم التوافق الزواجي Marital Adjustment :

4-3-1 المفهوم المعجمي للتوافق الزواجي

إذا نظرنا لمصطلح التوافق الزواجي فنجده مكونا من لفظين : **التوافق** ، **الزواجي** :

أ) التوافق Adjustment :

جاء في المعجم الوسيط (1985 – ب) أن التوافق من وفِـَق، ويقال وفق الأمر يتفق وفقا، أي كان صوابا موافقا للمراد ، واتفق مع فلان : أي وافقه وقاربه واتحد معه ، والتوافق أن يسلك المرء مسلك الجماعة ويتجنب ما عنده من شذوذ في السلوك والخلق، فلهذا فالتوافق لغة يعني التآلف والتقارب، واجتماع وجهات النظر والأفكار ، مما يقلل التنافر والتصادم .

ويعني التوافق في اللغة الاتفاق والتظاهر...وافقت فلاناً على أمرٍ أي اتفقنا عليه معاً...والوفق من الموافقة بين شيئين كالالتحام، والتآلف، والتقارب، واجتماع الكلمة، ونقيضه التخالف، والتنافر، والتصادم (ابن منظور، 1374هـ، ج2، ص382).

2. الزواج MARIAGE :

ذكر أبو الفضل بن منظور (1955) أن الزواج في اللغة اسم مصدر من زوج يزوج ومصدره تزويج وزواج وازدواج ومزاوجة، وكلها دالة على اقتران الشيء بشيء آخر... والزوج خلاف الفرد، ولفظ الزواجي منسوب للزواج، وهو اقتران الرجل بالمرأة، ومنه قوله تعالى : " و يا آدم اسكُن أَنت و زوجك الْجنَّة فكُلا من حيث شِئْتما ولاَ تقْربا هذِهِ الشَّجرَةَ فتكونا مِن الظَّالِمين"**سورة الأعراف آية(19)**، لهذا فالزواج هو اقتران الذكر بالأنثى على ضوء معايير معينة .

يتضح مما سبق أن مصطلح التوافق الزواجي في اللغة يدل على تقارب وتآلف بين زوجين اثنين (ذكر/أنثى) من خلق المولى عز وجل .

2-3 المفهوم في موسوعات علم النفس :

أ) التوافق Adjustment :

ذكر عبد المجيد سالمي وآخرون (1997) أن مصطلح التوافق Adjustment يدل على معنى التكيف عامة ، وبصورة خاصة فإنه يدل في العلاج النفسي على العملية التي ترمي لتحقيق التوافق والتواؤم بين الشخص – الشاذ – ومحيطه الاجتماعي الذي يعيش فيه

2. الزواج MARIAGE:

ومصطلح الزواج يقابل في الإنجليزية Marriage لذلك فقد أشار نوربير (2000) أنه تنظيم اجتماعي يشير إلى اتحاد بين الذكر والأنثى بغية تأسيس الأسرة ، حيث ينويان العيش معا للنهاية ويقوم على الانسجام الجنسي والتفاهم الفكري ، لهذا فالتوافق الزواجي في موسوعات علم النفس مفهوم يدل على تلك العملية التي تهدف لتحقيق التقارب بين الزوجين محققة الانسجام الجنسي والفكري بينهما ، مما يشجعهما على العيش معا للنهاية .

4-3-3 المفهوم السيكولوجي للتوافق الزواجي

إذا كان المفهوم اللُغوي للتوافق الزواجي يدل على تقارب الذكر والأنثى ، وتوافقهما وتواؤمهما، فإن المفهوم السيكولوجي يدعم ذلك المعنى ، فقد ذكر كمال مرسي (1997) أن التوافق الزواجي عبارة عن قدرة كلا الزوجين على التواؤم مع الزوج الآخر ، ومع مطالب الزواج ، ويستدل عليه من خلال أساليبهما في تحقيق أهداف الزواج، وفي مواجهة الصعوبات الزواجية، وفي التعبير عن انفعالاته ومشاعره ، وكذلك في إشباع حاجات الزواج من تفاعل وتواصل وبذلك فالتوافق الزواجي يشمل سلوكيات قصديه إرادية للزوجين بناء على دوافع تدفع إليها ، وأهداف تحققها ، وحاجات تلبيها ، وبذلك فهو يشمل كل تلك السلوكيات، ولهذا

فالتوافق الزواجي يتضح من خلال الأساليب التي يتبعها الزوجان لتحقيق أهدافهما ، فيشمل التصرفات المقصودة التي يقومان بها ، أي أن له دافعا يدفع الزوجين للسعي إليه وتحقيقه .

وإذا كان كمال مرسي قد أشار لأهمية التواؤم بين الزوجين لتحقيق التوافق الزواجي ، فإن علاء الدين كفافي (1999) فرق بين التوافق الزواجي وبين الرضا الزواجي ، حيث ذكر أن التوافق الزواجي من نمط التوافقات الاجتماعية التي يهدف من خلالها الفرد لأن يقيم علاقات منسجمة مع الشريك الآخر، فيجد كلاهما ما يشبع حاجاته ، مما يؤدي لحدوث حالة من الرضا عن ذلك الزواج، تسمى " الرضا الزواجي " Marital Satisfaction " أي أن الرضا الزواجي يشير للمحصلة النهائية.

في حين أن التوافق الزواجي يشير للعوامل والمصادر المؤدية لتحقيق ذلك التوافق حيث أشارا وهذا ما أشارت إليه نتيجة دراسة جاميس و برينت (1992) James & Brent حيث أشار إلى أن الرضا الزواجي محصلة نهائية تقوي التماسك العائلي وتزيد التوافق الزواجي، يتضح مما سبق أن التوافق الزواجي أشمل من الرضا الزواجي ،وإن كان بعضنا يخلط بينهما ، ولكن الرضا الزواجي يعتبر نتيجة لوجود التوافق الزواجي ، كما أن التوافق الزواجي يشمل جميع خطوات التوافق ومراحله وعوامله مما يساهم في حدوث الرضا الزواجي

ونتيجة للتقدم والرغبة في الوصول للأفضل دائما، فقد ظهرتْ بعض المصطلحات الجديدة، ومنها ما ذكره سامي هاشم (2000) حيث أطلق على التوافق الزواجي مصطلحا " **جودة الزواج**" Quality Of Marriage هذا مفهوم حديث نسبيا، ولقد ظهر نتيجة الاهتمام الواسع بدراسة الجودة في جميع مجالات الحياة ، ويرى أنه أحد الأهداف الأساسية للإرشاد الزواجي والأسري ، حيث إنه يساعد الأسرة في القيام بواجباتها بل إن آثاره تنعكس على الأبناء ، وباقي أفراد الأسرة ومستوى السعادة فيها.

كما أشار جاتس وآخرون (2004) Gattis,et.al إلى أن التوافق الزواجي مفهوم متعدد الأبعاد يتحدد من خلال درجة التشابه بين الزواجين في الشخصية ، لذلك فالفرد يبحث عن زوجة تتفق في سماتها وثقافتها وقيمها ... معه، ومن الملاحظ أنهم يركّزون على الشخصية في حدوث التوافق الزواجي من خلال التشابه

بين الزوجين ، فكل زوج يبحث عن شريك مثله يشابهه في الشخصية والبيئة والثقافة ، مما يساهم في تقاربهما وتوافقهما .

وإذا كان جاتس وآخرون Gattis,et.al (2004) قد ركّزوا على التشابه بين الزواجين لحدوث التوافق ، والاهتمام بعملية الاختيار الزواجي ، فإن حسن مصطفى (2004) أضاف أن التوافق الزواجي يتضمن التوفيق في الاختيار المناسب، والاستعداد للحياة الزوجية، والدخول فيها، والحب المتبادل، والإشباع الجنسي وتحمل المسؤوليات، والقدرة علي حل المشكلات، والاستقرار والرضا الزواجي، والسعادة الزواجية والتصميم علي مواجهة مشكلاتهما ، وتحقيق الانسجام والمحبة المتبادلة بينهما لذلك فالتوافق الزواجي ممتد منذ لحظة التفكير في الزواج وبدء عملية الاختيار ، مع الاستعداد لذلك ، ثم القدرة على تحمل أعباء ذلك الاختيار مع توافر الحب المتبادل ، والإشباع الجنسي مما يساهم في وجود السعادة الزوجية وتحقيق الرضا الزواجي .

بل يمكن اعتبار الرضا الزواجي هدفا للتوافق الزواجي ، حيث ذكرتْ نجلاء رسلان(2006) أن التوافق الزواجي حالة وجدانية تعكس ما يجده الزوج من إشباع فكري وقيمي ووجداني وجنسي ، وهدف تلك الحالة الشعور بالرضا الزواجي ، وتفرق بين التفاعل الزواجي Marital Interaction والتوافق الزواجي، حيث إن التفاعل الزواجي يعني التأثير المتبادل بين الزوجين ، حيث يترتَّب سلوك كليهما على سلوك الزوج الآخر فالزوج مثلا يلاحظ سلوك زوجته ويفهمه ويستجيب له بسلوك تلاحظه الزوجة وتفهمه وتستجيب له بسلوك آخر ، وهكذا فالعملية متبادلة مستمرة.

تعرف (سناء الخولي) التوافق الزواجي بأنه: "التحرر النسبي من الصراع، والاتفاق النسبي بين الزوجين على الموضوعات الحيوية المتعلقة بحياتهما المشتركة, وكذلك المشاركة في أعمال وأنشطة مشتركة وتبادل العواطف" (الخولي، 1990).

التوافق الزواجي هو درجة الشعور بالتواصل الفكري والعاطفي مع الطرف الآخر في العلاقة الزوجية بما يحقق لهما أساليب توافقية تساعدهما على التوائم مع مطالب الزواج وتخطي ما يعترض حياتهما من عقبات وتحقيق قدر معقول من السعادة والرضا، كما يقاس بالدرجة التي يحصل عليها الأفراد على مقياس

التوافق الزواجي والمستخدم في البحث الحالي، حيث تم استخدام مقياس التوافق الزواجي الذي وضعه "سبانيبه Spanier 1976 " والذي يتضمن مدى الاتفاق والاختلاف بين الزوجين في مختلف مجالات الحياة الزوجية بالإضافة إلى قياس الجانب العاطفي والجنسي و مدى التمسك بالعلاقة.

4-3-4 تعقيب :

مما سبق يتضح أن التوافق الزواجي قد يبدأ قبل الزواج الفعلي من خلال إجراءات الزواج المتعارف عليها (الاختيار المناسب ، والخطوبة ...) لهذا فهو عملية دينامية تبدأ من لحظة التفكير في الزواج والإقبال عليه والاختيار المناسب ، وتستمر لتدخل مرحلة الزواج الفعلي فيتواءم الزوجان فكريا وجنسيا ووجدانيا ... وتظهر مظاهره في مجموعة من الأمور كالتعاون والحب المتبادل ، والإشباع الجنسي ، وتحمل المسؤولية الزوجية ، وحل المشكلات بأسلوب مناسب في الوقت المناسب ، وينتج عن ذلك حالة من الرضا عن الحياة الزوجية ، وتتحقق السعادة الزوجية ،هذا بالإضافة لوجود مجموعة من الملاحظات عن التوافق الزواجي ، والتي منها ما يلي :

- أن التوافق الزواجي نسبي يختلف من زوج لآخر حسب رؤية كل زوج للزواج .
- أنه يتطلب توافر مجموعة من السمات في كلا الزواجين مثل : النضج الانفعالي ، وجهة الضبط الداخلي ، والفهم الصحيح للدين ، والمرونة في التعامل مع الأمور ، وعدم الأنانية والتضحية من أجل الآخرين ، ومفهوم موجب للذات والانبساط .
- أن آثاره لا تقتصر على الزوجين فقط ، بل تمتد للأبناء ، مما يوثر على المجتمع كله ، والدخل القومي فيه

و يتضح من التعاريف السابقة أن التوافق الزواجي أحد الأركان الهامة للزواج ولكن السؤال هو: ما المقصود بالتوافق الزواجي؟ وللإجابة على هذا السؤال نقول إن التوافق هنا لا يعني التطابق بين الطرفين(الزوج والزوجة) أو التماهي بينهما بحيث يصبحان شخصين في شخص واحد، هذا غير

مطلوب لأننا بذلك نكون قد ألغينا شخصية الفرد وهذا غير منطقي، و في رأي الباحث، ولكي نوضح المقصود بالتوافق الزواجي نلقي بالضوء على جانبين هامين:

1. **التقارب في المستوى والخلفية المادية والاجتماعية والتعليمية (الفكرية) للزوجين** : يتحقق قدر عال من التوافق كلما جاء الزوجان من نفس الطبقة أو الشريحة الاجتماعية، أما أن يكون أحدهما من طبقة أو شريحة أعلى مكانة أو أكثر ثراءً على نحو ملحوظ فهذا يفقد التوافق أحد معانيه. وكذلك يتحقق قدر عال من التوافق كلما كان الزوجان على قدر متقارب من المستوى التعليمي ومن ثم المستوى الفكري، أما أن يكون أحدهما قد حصل على أعلى الدرجات التعليمية والآخر لم يحصل إلا على القدر اليسير منها أو لم يحصل على تعليم على الإطلاق فهذا مدعاة لإفقاد التوافق الزواجي واحداً من أهم شروطه. فالشخص المتعلم يكون قد أثرى حياته بخبرات وتجارب وكوّن لنفسه منهجاً في الحياة والتفكير وأسلوباً في الأداء على خلاف الشخص الذي لم تتهيأ له فرصة التعليم ومن ثم لا يكون قادراً على مجاراة الشخص المتعلم في كثير من المهارات والقدرات الذهنية أو العقلية. وينعكس هذا في الحياة اليومية في صورة اتخاذ القرار والتخطيط للأمور الحياتية المختلفة كما ينعكس على طرق وأساليب تنشئة الأبناء.

2. **التفاهم والانسجام** : بمعنى القدرة على التعايش مع الآخر وتفهم احتياجاته ورغباته ونقاط ضعفه وقوته, أو بكلمات أخرى "مفاتيح شخصيته". هنا نتضح أهمية توافر عنصر التفاهم والانسجام في تحقيق التوافق الزواجي. ولعل كثير من الزيجات تغرق في بحر هائل من المشكلات وقد تنتهي بالانفصال أو الطلاق ليس لأسباب مادية أو لفروق اجتماعيه أو فكرية وإنما لغياب عنصر التفاهم والانسجام,وهذا العنصر بتطلب قدراً علاجيا من المرونة في التعامل مع الآخر وقدراً مماثلاً من الصبر والتأني. فالتفاهم أو الانسجام لا يتحقق بسرعة وإنما يتطلب بعضاً من الوقت والعيش المشترك أو ما نطلق عليه نحن"العشرة" حتى يكتشف كل من الزوج والزوجة شخصية الآخر ويبدأ في التعامل معها من هذا المنطق.

4_4 مظاهر التوافق الزواجي :

يعتبر التوافق الزواجي موضوعا حيويا يحدث بين الزواجين ، ومع ذلك يمتد أثره إلى من حولهم حيث يتم فيه إشباع مجموعة من الدوافع والحاجات فقد ذكر محمد عبد الرحمن (1986) أن في الزواج يتم إشباع الدافع الجنسي من خلال إطار شرعي يرضى عنه الدين والمجتمع ، مما يزيد الرضا النفسي والجسدي لدى الفرد، وكذلك يتم فيه إشباع دافع الوالدية ، حيث أشارت نور الهدى المقدم (1998) إلى أن المرأة غير المنجبة تتعرض للإصابة بالعصاب نتيجة شعورها بالنقص وعدم إشباع دافع الأمومة والوالدية لديها ، لأنها غير منجبة، لذلك فقد توصلت بعض الدراسات لمجموعة من المظاهر والعلامات الدالة على حدوث التوافق الزواجي ، والتي منها :

1. التواضع والتعاون بين الزواجين في أداء الأدوار .
2. الشعور بالسعادة والرضا عن الحياة ، والراحة النفسية والسلوك الاجتماعي المقبول .
3. شعور الأبناء بالأمن النفسي .
4. ظهور الدعم والمساندة من الطرف الآخر والأسرة ، مما يساهم في حل المشكلات بسهولة نسبيا.
5. الإشباع الجنسي ، والتعاون الاقتصادي .
6. النجاح والكفاءة في العمل ، حيث أن التوافق الزواجي للفرد قد يزيد استقرار الفرد العامل في عمله
7. حصول كل من الزوجين على مطالبه وأهدافه ، مما يعني اتفاق السلوكيات مع التوقعات ، وكذلك الانسجام والقدرة على حل المشكلات وتقديم المساعدات لبعضهما .
8. التواصل (غير اللفظي) الناجح وظهور الحب المتبادل بينهما .
9. الرضا عن الزواج ، وكذلك الطرف الآخر .

جاري ، وستانلي (1984) **Gary & Stanley**، ومايكل أرجايل (1993)، وإدين (1995) **Eiden** ، وأنجيلا وآخرون **Angela,et.al**(1998)، وهالة سيد (1998)، وعلي عبد السلام (2001)، ورضا فاروق (2002)، وعبد الله جاد (2006)، ونجوى السيد (2006)، و شين وآخرون**Chen,et.al**(2007)، وعائشة ناصر (2007).

4_5 المتغيرات المؤثرة في التوافق الزواجي :

يعد التوافق الزواجي عملية مستمرة تقوم من خلال ما يفعله الزوجان ، ولذلك فلا تتم من فراغ، وإنما تتطلب جهدا متواصلا ، إضافة لاستخدام بعض الآليات النفسية للوصول للتوافق الزواجي، لذلك فهناك مجموعة من العوامل التي تؤثر فيه ، ومنها ما ذكره الباحثون :

4-5-1 الجانب العاطفي الجنسي :

إن العلاقة الزوجية الشرعية هي الإطار المعترف به لإشباع الدافع العاطفي الجنسي، و أي إشباع له خارج هذه العلاقة محرم من قِبلِ الدين، والعرف، والمجتمع (الإسلامي)، مما يبرز أهمية تلك العلاقة التي يسعى إليها معظم الشباب لإشباع ذلك الدافع بطريقة مقبولة، فإذا كان الإنسان مسَيّرًا في وجود الدافع الجنسي فهو مخير في كيفية إشباعه ،والجانب الجنسي أمر ضروري وحيوي في حياة الفرد، لهذا ذكرت نادية إميل (1987) أن الجانب الجنسي أمر نسبي يختلف من زوج لآخر، بل إن عدم التوافق الجنسي يعتبر سببا في حدوث المشكلات والشقاق بين الزوجين، كما أنه يعتبر نتيجة ومظهرا للخلافات بين الزوجين.

كما أشارتْ هالة سيد (1998) إلى أن التوافق العاطفي الجنسي جانب مهم في تحقيق التوافق الزواجي أو منعه، فإذا تم إشباعه فسوف يتحقق التوافق الزواجي و إلا فلا، حيث إن العلاقة الجنسية تجدد عطاء الزوجين، ولهذا يتفق معظم الباحثين على أن الجنس أمر محوري وأساسي لوجود العلاقة الزوجية القوية .

كما أضاف كمال مرسي (1998) أن التوافق الجنسي يقصد به استمتاع كلا الزواجين بإشباع حاجته إلى الجنس مع الطرف الآخر بعد اتفاقهما على أهداف ذلك الإشباع وإجراءاته، وشعورهما بالمودة والحب والرضا عن تلك العلاقة، لذلك فهو ليس لذة جسدية قصيرة الأمد، لكنه متعة نفسية طويلة الأجل وأن من أهدافه الصحية الاستمتاع المتبادل بين الزوجين، وسكن كلا الزوجين إلى الآخر نفسيا، والإنجاب وإشباع حاجتي الأمومة والأبوة.

وإذا كان كمال مرسي قد ذكر أهمية اتفاق الزوجين على أهداف وإجراءات العملية الجنسية بينهما فإن شينج- كاي وآخرين (2003) **Shing-Kai,et.al** أشاروا لعوائق التوافق الجنسي، حيث أن عمل المرأة

خارج بيتها يؤثر سلبيا في الوظيفة الجنسية لها، فيجعلها أقل جنسيا، مما يقلل من التوافق الزواجي ولذلك فإن عمل المرأة قد يحملها ما لا تطيق من أعباء مهنية وحياتية، إضافة لأعباء المنزل، مما قد يرهقها بدنيا، كما أنها لا تجد متسعا من الوقت كي تعد نفسها لزوجها، وأولادها مما يجعلها قد تقصر في جانب ما، وفي الغالب قد يكون جانب الزوج، وعدم الاهتمام به فيقل الاستمتاع الجنسي بينهما مما قد يساهم في نشأة سوء التوافق الزواجي، فيلجأ الزوج للاستمتاع الجنسي في مكان آخر قد لا يرضى عنه المجتمع.

ومع ذلك فلا وجود للعلاقة العاطفية الجنسية المثلى بين الزوجين، حيث أشارت فاطمة فهمي (2005) إلى أن ما يكون مشبعا لزوجين ما قد لا يكون كذلك لغيرهم، فالإشباع الجنسي يختلف باختلاف الميول والرغبات لدى كل من الزوجين ، والمهم أن يدرك كل زوج ما يرضي الآخر، لذلك فلابد من التجديد في العلاقة العاطفية والجنسية ، ومراعاة الاستعداد النفسي لتلك العلاقة بين الزواجين، ولا يتحرج أحد الزوجين في سؤال الطرف الآخر عما يشبعه جنسيا، مع العلم أن ما قد يكون مشبعا لزوج ما قد لا يكون كذلك بالنسبة لزوج آخر، وهكذا فلابد من المصداقية وحسن الإدراك بين الزواجين

4-5-2 الحب المتبادل :

يعتبر الحب المتبادل عاملا مهما لحدوث التوافق الزواجي، فذكرت فاطمة فهمي (2005) أنه مطلب لنمو الشخصية السوية، حيث توجد في الزواج مشاعر تصاحب العلاقة بين الزواجين ،حيث يشارك كلاهما الآخر، وكما يشعر كلاهما بتحقيق الحاجات الشخصية والقدرة على تلبية حاجات الطرف الآخر، لذلك فهو من العوامل المهمة لتحقيق العلاقة الزوجية الإيجابية، حيث أن كلا من الزوجين يكمل الآخر ويمنحه السعادة، فالحب بينهما وثيقة أمان تساعدهما لتحقيق التوافق الزواجي، لهذا فالحب بين الزوجين من أهم العوامل التي تساعد لتحقيق التوافق الزواجي ، فإذا حبَّ الزوج – مثلا – زوجته ورضي عنها فسيقبل أغلب تصرفاتها، ويلتمس لها الأعذار، كما تبادله الزوجة نفس الشعور، مما يزيد التوافق الزواجي

في حين وضع جاري وستانلي (1884) Gary & Stanley حدودا لذلك الحب، حيث أشارا إلى أنه يكون قويا في فترة الخطوبة ثم يقل فيما بعد ، وعلى أي حال فالحب الرومانسي إذا وصل وتعدى درجة الحب ثم العشق ثم الجنون ، فإن الفرد يصبح غيورا على الزوج الآخر بدرجة قد تعرقل التوافق الزواجي

لهذا فإذا كان الحب مطلبا أساسيا للتوافق الزواجي ، فإنه قد يكون عائقا له إذا تعدى الدرجة المناسبة ، ووصل لمرحلة الجنون بالمحبوب ، حيث إنه يكون غيورا بدرجة كبيرة تعوق تحركات الطرف الآخر وتقيده اجتماعيا ، مما يسهم في وجود حالة من البغض بين الزوجين ، وعدم الرضا عن تصرفات كليهما ، مما يؤثر في مستقبلهما معا ، ويقلل من التوافق الزواجي بينهما .

وإذا كان جاري وستانلي (1884) Gary & Stanley يعتبران الحب الزائد عائقا للتوافق الزواجي، فإن عائشة ناصر(2006) أشارتْ إلى أن الحب فن يمكن تعليمه وتنميته، وأن له أهمية كبيرة، حيث يوفر التغذية السيكولوجية لكلا الزوجين في علاقته بالآخر ولكل الأبناء، مما يساعد في تحقيق التوافق النفسي، وكذلك التوافق الزواجي، وعليه فإن الحب مطلب حيوي لنمو شخصية الزوجين والأبناء ولحدوث التوافق الزواجي، وأن معظم الأفراد يسعون إليه من خلال محاولة اختيار الزوجة المناسبة ثم التقارب بينهما، حيث يشعران بالدفء والأمن، فيقبل كل منهما تصرفات الآخر،ويضحي من أجله، ويتقبل سلوكياته مع استمرارية النصح والتوجيه بأسلوب مناسب .

4-5-3 الشخصية :

يتأثر التوافق الزواجي بشخصية الزوجين، والتي تتأثر بالخلفية الأسرية التي نشأ فيها الفرد ،فقد ينشأ الزوج في أسرة سعيدة بها نموذج جيد للزواج، مما يكون محفّزا لتحقيق التوافق الزواجي حيث يتولد لدى الفرد اتجاه إيجابي نحو الزواج، لذلك تلعب سمات الشخصية دورا مهما في تحقيق التوافق الزواجي أو عدمه، ومن تلك السمات ما توصلت له بعض الدراسات، ومنها :

(أ) **النضج الانفعالي للزوجين:** حيث يعد مؤشرا على المرونة كما أن الفرد الناضج انفعاليا قادر على حل مشكلاته بطريقة مناسبة ، كما أنه فاهم لسلوكه ولسلوك الطرف الآخر وقادر على تحمل المسؤولية.

(ب) **مركز ووجهة الضبط لدى الفرد** : حيث أن الأفراد الذين يتسمون بوجهة الضبط الداخلي Internal Locus Of Control أكثر توافقا مع الحياة الزوجية ، وأن سوء التوافق الزواجي ارتبط بمركز الضبط الخارجي .

(ج) **الانتباه والإدراك من قبل الزوج تجاه تصرفاته** : وكذلك تصرفات الطرف الآخر في تحقيق التوافق الزواجي أو عدمه ، حيث أن الزوج المدِرك لما يحيطه يساعد في فهم العلاقة الزوجية بطريقة صحيحة ، والتخفيف من الاضطرابات التي يمكن أن تعترض الزواج والتعامل معها بطريقة مناسبة .

(د) **مفهوم الذات للفرد** : نحو نفسه ونحو الطرف الآخر ، فكلما كان إيجابيا كانت الفرصة أكبر للتوافق الزواجي .

(هـ) **الالتزام الديني** : حيث تمثل علاقة الفرد بدينه جانبا مهما له صلة بالتوافق الزواجي ، فكلما اقترب الفرد من تعاليم الدين الصحيح كلما حقق التوافق الزواجي بدرجة أكبر ، فقد حثَّ الدين الصحيح الفرد على الاهتمام بالطرف الآخر وتحمل المسئولية .

(و) **الخلو النسبي من الاضطرابات النفسية الحادة** : حيث يمكن لأحد الزوجين أن يحتوي الآخر .

(ز) **توافر أدوات التواصل بين الزواجين** : سواء التواصل الوجداني (غير اللفظي) أو التواصل اللفظي فسلامة تلك الأدوات يزيد التوافق الزواجي .

(ح) **العصابية والانبساطية** : حيث أن الفرد العصابي تقل فرصته لتحقيق التوافق الزواجي مقابل الفرد الانبساطي ، فالفرد الانبساطي أكثر قدرة على إظهار مشاعر الدفء والود والتعايش مع الطرف الآخر ، كما أنه مرن ومتنوع في تصرفاته ، مما يعطي للعلاقة الزوجية قدرا من المرونة والابتكار ، ويقلل الملل ويزيد الفرصة للتوافق الزواجي .

(ط) **نمط الشخصية** : حيث أن النمط (أ) يؤدي للاختلال الزواجي ، عكس النمط (ب) الذي يزيد الفرصة لتحقيق التوافق الزواجي .

(ي) **مستوى طموح الفرد (الزواجين)** : فالطموح العالي والعدوانية الزائدة والانشغال الزائد بالعمل يقلل التوافق الزواجي حيث قد تتحمل المرأة مثلا الأعباء المنزلية وتفتقد مستوى الحميمية التي كانت تنتظره من الزوج ، مقابل اهتمامه الزائد بالعمل وارتفاع مستوى طموحه المهني .

محمد بيومي (1990 – أ)، سوزان إسماعيل (1991)، روسيل ، و ويلز (1994) wells& Russell ، فرانك و لوري (1995) Frank & Lori ،مايسه شكري (1996)، محمد عبد الرحمن (1998)، محمد زعتر (2000)، كمال قديح (2001)، عبد الله جاد (2006)، شين و آخرون (2007) Chen,et.al ،عائشة ناصر (2007) وهشام مخيمر (2008).

4-5-4 صراع وتغير الأدوار الاجتماعية :

لقد زادتْ أعباء الحياة مما أدى إلى بعض التغيرات الاجتماعية في الفترة الأخيرة، مثل : خروج المرأة للعمل، مما أ ثّر على الأدوار الاجتماعية للزوجين، حيث أشار يوسف عبد الفتاح (1994).

إلى أن خروج المرأة للعمل أدى إلى تعدد أدوارها، مما نشأ عنه الصراع بين تلك الأدوار(دورها كزوجة، كأم وكمهنية) مما قد يؤثر على شخصيته، ومن ثم على مختلف الأطراف التي تتعامل معهم كالزوج والأبناء في الأسرة ، والرؤساء والزملاء في العمل ، كما برر بعض الباحثين خروج المرأة للعمل، فنجد هيرومي و جاميس (2006)Hiromi &James أشارا أن المرأة تخرج للعمل خوفا من فقدان زوجها، فتفقد بذلك عائلتها كما فيتت حالة الانفصال، وبعملها خارج المنزل فيمكنها استثمار ما تبقى لها من قدرات، فتوجهها نحو عملها خارج بيتها، وعلى أي حال فإن ذلك العمل يقلل الرضا الزواجي ويؤثر في المرأة سلبيا.

وعمل المرأة بذلك يقلل الرضا الزواجي ، وفي مقابل هذا نجد كمال مرسي (1998) قد أشار إلى بعض الإيجابيات لعمل المرأة مثل : تنمية شخصية الزوجة، زيادة كفاءة المرأة في أداء دور الزوج في الرعاية والإنفاق عند غيابه، ومع ذلك فله بعض السلبيات مثل زيادة الضغوط النفسية على المرأة، وقلة الرغبة في الإنجاب، إضافة إلى أنها تنقل متاعب العمل إلى الأسرة ، فتجد صعوبة في الفصل بين البيت والعمل، كما يمكن تفسير خطورة عمل المرأة خارج البيت على التوافق الزواجي حيث أن المرأة بفطرتها مؤهلة لأداء الدور المنزلي، ولكنها حين تعمل خارج البيت فإنها معرضة للتغيب عن البيت فترة طويلة، فتقتطع بذلك جزءا من وقتها في البيت مقابل أداء العمل خارجه، مما يجعلها تقصر في أداء دورها تجاه الزوج أو الأولاد أو العمل،

وإذا حاولت التوفيق بين تلك الأدوار فإنها تضغط على نفسها بدرجة قد ينشأ عنها صراعات نفسية وجسدية فتضطرب شخصيتها ، و بذلك تكون عائقا أمام التوافق الزواجي .

4-5-5 سن ومدة الزواج :

إن تناسب سن الزوجين من المتغيرات المهمة ذات الصلة بالتوافق الزواجي ، فنجد أن هالة فرجاني (1990) أشارت إلى أن فارق السن بين الزوجين يؤثر على التوافق الزواجي ، حيث يؤثِّر على الجانب العاطفي والجنسي في العلاقة الزوجية ، فكلما تقدم السن بالأزواج وكان فارق السن بينهما كبيرا كلما زادت المعاناة بين الزوجين خاصة في الجانب العاطفي الجنسي ، مما يمثل بذرة سوء التوافق ، كما أيد هذا محمد الصافي (2006) حيث شجع تقارب العمر ، مما يؤدي لزيادة درجة الفهم بين الزوجين ، ولكن لا يتعدى فارق السن سنتان أو ثلاث سنوات حيث يكون الزوج هو الأكبر سنا، ولكن ذلك الرأي ليس قاطعا، ويمكن القول إنه ليس من الضروري وجود فارق سني كبير بين الزوجين ،وإن كان من الأفضل أن يكبر الزوج الزوجة بفترة زمنية ليست كبيرة حتى يمكنه أن يحتويها ، و يكون نموذجا لها وكذلك للأولاد ، كما أن ذلك يزيد الفرصة للتقارب الفكري والعاطفي ، مما يساعد الزوج في إشباع زوجته ، فتزيد الفرصة للتوافق الزواجي .

وفيما يتصل بمدة الزواج فقد ذكر أيان و هيرال (1999) Ayhan & Hural أن التوافق الزواجي عملية يمكن أن تتحقق خلال عدة أشهر ، وقد تستغرق سنوات طويلة ، وذلك لأن المدة اللازمة لتحقيق التوافق الزواجي تختلف من زوج لآخر بنا ء على ما يتعرض له الزوجان من ظروف على المستوى الشخصي والبيئي، لذلك فقد نجد التوافق الزواجي موجودا بين زوجين قد تزوجا منذ فترة بعيدة في حين قد لا نجده لدى المتزوجين حديثا مثلا ، حيث ذلك يرجع لاختلاف الظروف بينهما .

في مقابل ذلك فقد أشارت حنان مدبولي (2002) إلى أن التوافق الزواجي لا يختلف باختلاف مدة الزواج بين الزواجين ، أي أن المتزوجين قديما مثل المتزوجين حديثا في التوافق الزواجي ، حيث قد يستمر الزواج لأسباب أخرى مثل : وجود أطفال للزوجين ، وعدم وجود عائل آخر للمرأة ، ومع ذلك فبِطول مدة الزواج قد يعتاد الزوجان شكل هذه العلاقة مهما كانت درجة التوافق الزواجي بينهما، لهذا فيستمر الزوجان

معا ولا يكون ذلك دليلا على التوافق الزواجي بينهما ، حيث إنهما يستمران لأسباب خارجة عن إرادتهما وليس لتحقيق التوافق الزواجي .

كما أنه من المؤثرات في التوافق الزواجي، وجود أطفال للزوجين، حيث ذكر " فرانك و لوري " Frank & Lori (1995) أن وجود أطفال للزوجين يؤثّر في التوافق الزواجي، خاصة إذا كان الأطفال أقل سنا من ست سنوات، حيث أن قدوم طفل جديد قد يأخذ الزوجين أو أحدهما بعيدا عن العلاقة الزوجية ولذلك فالتوافق الزواجي يقل مع قدوم طفل للزوجين ،حيث أن ذلك قد يأخذ ويشغل الزوجين عن علاقتهما الزوجية ، فيقل التفاعل بينهما، ويوزع الوقت على ثلاثة أفراد بدلا من فردين، مما قد يصاحبه قلة التوافق الزواجي .

وفي مقابل ذلك نجد أن صفاء مرسي والطاهر محمود (2005) أشارا إلى أن بعض المتغيرات الخاصة بالأبناء تزيد التوافق الزواجي، ومنها : وجود أبناء للزوجين، تعليمهم و عمرهم، حيث أن ذلك يقوي الرباط بين الزوجين، ويشجعهما لمواصلة المزيد من الجهد لتحقيق التوافق الزواجي والمحافظة عليه أي أن التوافق الزواجي يزيد مع وجود الأبناء ورغبة الوالدين في تحقيق الاستقرار والتوافق الزواجي، كي يحققا الجو المناسب لهم .

لهذا فإن ولادة الطفل قد تشغل الزوجين بعض الوقت عن بعضهما، ولكنه يزيد التوافق الزواجي بينهما، حيث أن الهدف الأساسي من الزواج هو الاستقرار وبناء الأسرة، وذلك لا يتأتى إلا عن طريق عملية الإنجاب التي تشبع غريزتي الأبوة والأمومة، مما يزيد ارتباط الزواجين، ويعطي إحساسا جديدا بالزواج، مما يدعم التوافق الزواجي .

يتضح مما سبق أن مدة الزواج تعتبر من المتغيرات المهمة المؤثرة في التوافق الزواجي،وإن اختلفت نتائج الدراسات حول اتجاه ذلك الأثر، فمنهم من يرى أن التوافق الزواجي يقل مع زيادة المدة الزواجية، فيزداد ملل الزواجين لعدم تجديد حياتهما، وبعدهما عن المنهج السماوي الصحيح ،وبضعهم يرون أنه يزيد مع زيادة المدة الزواجية، كما اختلفوا حول أهمية وجود أطفال للزوجين فبعضهم يرى أن ذلك يشغلهما عن

بعضهما، وبعضهما الآخر يرى أنه يزيد ارتباط الزواجين ويقوي العلاقة الزواجية بينهما، فمن غايات الزواج الاستقرار وتأسيس الأسرة من خلال إنجاب الأطفال .

4-5-6 الاختيار الزواجي :

إن عملية الاختيار الزواجي تمثل جانبا مهما في تحقيق التوافق الزواجي، حيث أشار كمال مرسي (1998) إلى أن علماء النفس يتفقون على أن العمل والزواج يمثلان أهم قرارين يتخذهما الفرد في حياته، لان العمل والزواج يمثلان دعامتين أساسيتين في حفظ الصحة وتنميتها لدى الفرد إذا نجح في اختيار ما يناسبه، وإذا نظرنا للاختيار الزواجي نجده عملية نفسية اختيارية تقع ضمن مسؤوليات الفرد بالدرجة الأولى، لذلك فأول من يتأثر بنتيجة ذلك الاختيار هو الفرد نفسه ، إضافة إلى أن ذلك الأثر يمكن أن يمتد لغيره كالأبناء والمجتمع.

وعليه فإن اختيار الزوجة أهم من اختيار العمل، حيث قد يترك الفرد العمل ليعمل في مكان آخر، ولكن في الزواج قد يترك الزوج زوجته مثلا، ولكن تكون هناك آثار ونواتج عن ذلك الزواج وهم الأبناء وبالتالي إن تركها الزوج فقد يكون مصير هؤلاء الأبناء التشريد، وإن استمر في زواجه فعليه أن يتحمل تلك الزوجة، وما ينشأ عنها من مشكلات واضطرابات وذلك ناتج عن الاختيار غير المناسب، ولهذا فالاختيار الزواجي له أهمية كبيرة لتحقيق التوافق الزواجي .

إذا كانت عملية الاختيار الزواجي تمثل كل هذه الأهمية فإن عطيات أبو العنين (1999) ذكرت مجموعة من المحكات التي تقوم عليها عملية الاختيار الزواجي منها : السمات الشكلية التي تتعلق بالملامح الظاهرية مثل : القوام، لون البشرة، الجمال الشكلي والشعر ...، وكذلك السمات الاقتصادية والتي تتعلق بالجانب المادي مثل:الغنى، الفقر ...، و السمات الاجتماعية مثل : الأصل الطيب والعريق ، والعذارة، المكانة الاجتماعية ...، و السمات النفسية مثل : الميول والاتجاهات وبعض القدرات ...، إضافة لتوافر الجانب الديني، والجانب الفكري الثقافي.

ونظرا لأهمية الاختيار الزواجي نجد علاء الدين كفافي (1999) ذكر بعض النظريات المفسرة لعملية الاختيار الزواجي، ومنها :

4-5-6-1 نظرية التجانس :

حيث يبحث الفرد وفق هذه النظرية عن زوجة تتفق وتتجانس معه في كل شيء، فيتزوج من يقاربه سنا، ويماثله سلالة، ويوافقه عقيدة، ويشابهه في المستوى التعليمي والاقتصادي والاجتماعي

4-5-6-2 نظرية التقارب المكاني :

حيث يختار الفرد زوجته من مجاله الجغرافي البيئي الذي يعيش فيه، حيث تكثر فرصة الرؤية والتعامل مع أفراد الجنس الآخر ويختار زوجته من بينهن، وهذه النظرية لا تتعارض مع نظرية التجانس فقد يختار الفرد زوجته من بيئته، ممن يشابهه ويتجانس معه في سماته وقيمه، ويظهر ذلك واضحا في الريف حيث يختار الفرد زوجته غالبا من نفس القرية .

4-5-6-3 نظرية الحاجات التكميلية :

هي نظرية نفسية وضعها روبرت ونش Robert Winch وفيها يختار الفرد زوجته بحيث تكمله وتجبر نقصه، فقد لاحظ بعض الباحثين أن كثيرا من الأفراد لديهم تكوينات نفسية تكميلية فينجذبون لبعضهم ويكملون بعضهم بعضا ، فمثلا قد يرتبط الفرد الذي يشبع الحاجة للمال بزوجة تشبع الحاجة للشهرة والمكانة.(عن حسام محمود زكي علي 2008)

ويرى سامي هاشم (1990) أن الاختيار الزواجي حسب نظرية التجانس، ونظرية التقارب المكاني يزيد التوافق الزواجي، لهذا نصح الأفراد باختيار شريك الحياة من نفس المستوى التعليمي، ومن نفس البيئة منعا للصراعات الزوجية حول عملية اتخاذ القرار الأسري، مما يقوي التوافق والسعادة الزوجية.

ومن الملا حظ أن الأهل، والأصدقاء قد يلعبون دورا مهما في الاختيار الزواجي فقد ذكر رضا فاروق (2002) أن الاختيار الزواجي إذا لم يتم بمحض إرادة الزواجين، كأن يكون استجابة للأهل، أو

الأصدقاء فيكون منبئا بسوء التوافق الزواجي، أما إذا كان الاختيار الزواجي نابعا منهما فيكون منبئا بالتوافق الزواجي.

يتضح مما سبق أن عملية الاختيار الزواجي تختلف من فرد لآخر حسب إرادته وشروطه في شريك حياته، فبعض المتزوجين يبحثون عن المظهر الشكلي، وآخرون يبحثون عن المال فيتزوجون ذوات الأموال، وصنف ثالث يبحث عن الجانب الديني ليظفر بكل ما سبق، وعلى أي حال فلابد أن يتوافق الزوجان ويكون اختيار كل منهما عن محض إرادته، حتى يتحمل أي خسائر قد تقع لأنه صاحب القرار الأول، كما توجد عدة نظريات تفسر الاختيار الزواجي حيث قد يبحث الفرد عن شريك حياته حيث يكون مشابها له، أو قريبا من بيئته، أو يبحث عن من يجبر نقصه حيث يتكامل الزوجان، وكل فرد يختار حسب رؤيته وظروفه، ولكن من الضروري أن يتحرى الفرد قبل اختياره ولا يتسرع حتى لا يندم على اختياره ، ويترك الطرف الآخر مما يؤثّر سلبا فيه، وفي الأبناء، بل في المجتمع كله .

4_6 التوافق الزواجي من منظور إسلامي :

تعتبر الزواجية سنة من سنن المولى عز وجل في الخلق فلا يشذ عنها مخلوق، فكل مخلوق يبحث عن زوجه ويسعى إليه قال تعالى : " ومِنُ كلِّ شيءٍ خَلقْنا زوجينِ لعلَّكم تذكَّرون ". **سورة الذاريات آية (49)**

بل إنها الأسلوب الذي اختاره الخالق للتكاثر واستمرار الحياة بعد أن خلق الله الرجل (الزوج) والمرأة (الزوجة)، وأعدهما للزواج، وهيأ كليهما للقيام بدوره بطريقة إيجابية لتحقيق الاستقرار والاطمئنان الذي يسعى إليه كلاهما، ومن ثم يعبد الله حقَّ عبادته قال تعالى : "يا أيها النَّاس إِنَّا خَلَقْنَاكُم مِن ذَكرٍ وأُنثى و جعلْنَاكُم شعوبًا وَقبائِلَ لِتَعارفُوا إِن أَكْرمكم عِنْد اللَّهِ أَتْقَاكُم إِن اللَّه علِيمَ خبِير" **سورة الحجرات آية (14)**،

ولهذا فقد حثَّ الإسلام على الزواج ، بل حرم العزوف عنه ، فقد ذكر عبد الله علوان (1999) أن الإسلام حرم ترك الزواج حتى لأسباب دينية كما يزعم بعضهم، لاسيما إذا كان المسلم قادرا على الزواج

ومتمكّنا منه، فقد روي عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال : " من كان موسِرا لأن ينكح ثم لم ينكح فليس مني"، ولذلك فقد أشبع الإسلام غريزة الجنس من خلال الطريق الشرعي، مما يقوى الحاجة إلى الزواج الإسلامي، فهو المتنفس الذي يجده الفرد لإشباع غريزته، ولهذا قال تعالى : " وانكحوا الْأَيامى مِنكم والصالِحين مِن عِبادِكم وإمائِكم إن يكونوا فقراء يغْنِهم اللَّه مِن فضلِهِ واللَّه واسِع علِيم " **سورة النور آية (32)**، وذلك حثا على الزواج وحسن اختيار الزواجين لبعضهما.

ولقد كرم المولى عز وجل الإنسان ، فلم يجعله كغيره من الكائنات، فلم يدع غرائزه تنطلق دون وعي، بل لقد وضع ضوابط لعملية اتصال الذكر بالأنثى، فجعله اتصالا عفيفا مبنيا على قبولهما وتحقيق مصالحهما بما يحفظ شرف الفرد ،ويصون عرضه، وكل ذلك من خلال النظام الشرعي السماوي المسمى " الزواج "، لهذا فالإسلام دين شامل اهتم بكل أمور الحياة بما فيها العلاقة الزواجية، مما قد يساعد على زيادة التوافق الزواجي بين الزواجين، حيث أرسى دعائمه بصورة فريدة .

ولا عجب من عظم أمر الزواج في الإسلام، فقد اهتمتْ به سائر العلوم، فقد أشار كمال مرسي (1998) إلى أن الإسلام وعلم النفس يتفقان حول أهمية الزواج، حيث به تتحقق أمور كثيرة، وتتقدم به المجتمعات، وتستمر به الحياة، ولهذا صوره المولى تعالى بالميثاق الغليظ، فقال : "وكَيفَ تَأْخُذُونَه وقَد أَفْضى بعضكُم إِلَى بعضٍ وأَخَذْن مِنْكُم مِيثَاقاً غَلِيظاً " . **سورة النساء آية (21)**

ولقد نظر الإسلام للزواج نظرة شمولية ،فاهتم بكل ما يمكن أن يؤدي لحدوث التوافق بين الزوجين، ولهذا فقد تميزت النظرة الإسلامية للتوافق الزواجي بالشمولية والاستمرارية، فقد وضع للزواج نوعين من الأهداف : أهدافا دنيوية قريبة المدى، وأهدافا أخروية بعيدة المدى، والنوعان متكاملان، بل إن الزوج يمكنه الاستمرار مع زوجته في الدنيا والآخرة إذا دخلا الزوجان جنة ربهما،

فقد أشار كمال مرسي (1998) إلى أن غاية الزواج في الإسلام عبادة الله تعالى، وتعمير الأرض ،كما أن أهداف الزواج في الإسلام تشمل الجانب الدنيوي والأخروي، أما المجتمعات غير الإسلامية فلا يوجد للزواج إلا أهداف دنيوية تتغير من مكان لآخر، لذلك قال تعالى : " وابتغِ فِيما آتاك اللَّه الدار الآخِرَة

ولاَ تنس َ نصِيبك مِن الدنْيا وأَحسِنَ كما أَحسن اللَّه إِلَيك ولاَ تبغِ الْفساد فِي الأَرضِ إِن اللَّه لا يحِب الْمفْسِدِين " . **سورة القصص آية (77).**

وإذا كان الدين الإسلامي يعطي أهمية كبيرة للزواج السوي والحثّ عليه، فإنه يؤكّد ذلك من خلال حثّ الزوجين على القيام بواجباتهما حتى يحصلا على حقوقهما، بل يضع الخطوط العريضة لتفاعلهما معا حتى يدعم العلاقة الزوجية، وهذه بعض الآداب الإسلامية في ذلك الجانب :

(أ) إفشاء السلام ورد التحية بأحسن منها مفتاح القلوب، ولهذا فلابد أن يسلّم كلا الزوجين على الآخر لِما جعل الله عز وجل في السلام من مودة ورحمة ، فقال تعالى:" ... فَإِذَا دخلْتم بيوتًا فسلّموا علَى أَنفُسِكُم تحِية من عِندِ اللَّهِ مباركَة طيبة كَذلِك يبين اللَّه لكم الْآيات لعلَّكُم تعقِلُون " **سورة النور آية (61)**

(**ب**) المداعبة والملاعبة قبل اللقاء الجنسي العاطفي ، بل في كل الأوقات ، حيث ثبت أن تركها يؤذي الزوجة نفسيا ، مما يساهم في اضطراب العلاقة الزوجية ، وبالتالي التأثير على مستقبل الزواج والأبناء ، وضرورة الدعاء قبله بقوله : بسم الله ، اللهم جنبنا الشيطان ، وجنب الشيطان ما رزقتنا .

(**ج**) طلاقة الوجه والبشاشة ، فروِي عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال : " تَبسمك في وجه أخيك المسلم صدقة " فما بالنا بالزوج مع زوجته ، وحسن اللقاء بينهما.

(**د**) أباح الإسلام الكذب في بعض المواضع ، ومنها الكذب بين الزوجين في أمر العاطفة لزيادة الترابط والتوافق بينهما ، لكن بشروط حتى لا يستخدمها المغرضون لشيوع الفجور والفسوق بين الزواجين .

(**هـ**) أن يملأ كلاهما سمع الآخر بالكلام الطيب، فالفرد بحاجة إلى من يدعمه قولا وفعلا . قال تعالى : " وهدوا إِلَى الطَّيبِ مِن الْقَولِ وهدوا إِلَى صِراطِ الْحمِيدِ ". **سورة الحج آية (24)** ، وحديث الرسول صلى الله عليه وسلم عن ابن عمر قال : قال رسول الله صلى الله عليه وسلم : " إن في الجنةِ غرفًا يرون ظاهرها من باطنِها ، و باطنَها من ظاهرِها " فقال أبو مالك الأشعري : لِمن هي يا رسول الله ؟ قال " لِمن أطاب الكلام ، وأطعم الطعام ، وباَ ت قائما والناس نيام " .

(**ز**) إكرام أهل كل طرف ، فإكرام أهل الزوجة مثلا إكرام للزوجة أيضا .

(**ح**) أن يغار كلاهما على الآخر ولكن بقدر مناسب ، مما يزيد حبهما لبعضهما ولا يكون عائقا أمام التوافق ، فقد رُوِي عن رسول الله صلى الله عليه وسلم أنه قال : " إن من الغيرة غيرة يبغضها الله، وهي غيرة الرجل على أهله من غير ريبة "

(**ط**) أن يحسن كلاهما اختيار الآخر، فقد روِي عن رسول الله صلى الله عليه وسلم أنه قال : " تُنكح المرأة لأربعٍ : لمالها ، ولحسبها ، ولجمالها ، ولدينها ، فاظفر بذات الدين تربتْ يداك "

عبد الله علوان (1999) ، ونصر الصنقري (2005) ، ومحمد الصافي (2007) ومحمود المصري(2006).

إن الأسرة المسلمة إن اتبعتْ منهج ربها ، فإن ذلك يؤدي لتمتعها بقدر وفير من الصحة النفسية، والبدنية ، ... مما يساهم في تحقيق بعض الأمور الإيجابية ، منها ما أشار إليه صابر حجازي(1999) إقامة علاقة زوجية أساسها التفاهم والمساواة ، وتقديم النموذج الحي للأبناء في الاحترام المتبادل ، ونبذ التعصب القائم بين الرجل والمرأة ، مما يؤثر إيجابيا في الأبناء ، حيث إنهم المحصلة الأساسية للعلاقة السوية بين الرجل والمرأة.

يتضح مما سبق أن الدين الإسلامي قد اهتم بالزواج ودعا إليه كلَّ قادرٍ عليه من جميع الجوانب ، بل جعله بابا لفتح الرزق ،ولهذا فقد وضع له الخطوط العامة التي تحقق التوافق والتكيف إن سار الزوجان على المنهج الإلهي الصحيح ، مما ينعكس أثره على الفرد والأسرة والمجتمع كله .

بلَ نادر ما نجد أسرة مسلمة ملتزمة بالدين الإسلامي الصحيح تعاني من سوء التوافق، مما يبين أهمية الالتزام بالدين الإسلامي الصحيح منذ البداية، فنحن أمة وسَطى، قال تعالى : " وَ كَذلِك جعلْنا كُم أُمة وسطًا لِتكونُوا شهداء عَلى النَّاسِ ويكون الرسولُ عَليكم شهِيدًا " **سورة البقرة آية (14).**

7_4–نظريات التوافق الزواجي :

يعد التوافق Adjustment هدفا لكل فرد، فأي فرد يحاول تحقيق التوافق في كل الأوقات وفي جميع الأماكن والمواقف، لهذا أشار مدحت عبد اللطيف **(1990)** إلى أن أغلب الأفراد مدفوعون للقيام بكثير من الأنشطة المتنوعة، ومنها : النجاح في الدراسة (توافق دراسي)، والتمتع بحياة أسرية سعيدة (توافق أسري)، والزواج الموفَّق (توافق زواجي)..وإذا استطاع الفرد تحقيق ذلك كان متوافقا صورة جيدة، لتلك الأهمية فقد حاول كثير من الباحثين تفسير التوافق بصفة عامة والتوافق الزواجي خاصة وهو ما نحاول عرض بعضه فيما يلي :

4-7-1 نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory :

يعتبر فرويد **Freud** رائدا لمدرسة التحليل النفسي ولقد اهتم باللاشعور ، وكذلك الغريزة الجنسية، حيث ذكر س. باترسون (1990) أن فرويد يرى أن التوافق عملية لا شعورية، حيث لا يعي الفرد الأسباب الحقيقية لذلك التوافق الذي يسعى إليه، وأن الشخص المتوافق هو من يشبع متطلبات الهو بوسائل مقبولة، أي يستطيع التوفيق بين متطلبات الهو وضوابط الأنا الأعلى في ظل وجود الأنا، أما سوء التوافق فينشأ من الفشل في تحقيق حالة التوازن بين مكونات الشخصية الثلاثة، وذلك أساس حدوث الاضطرابات المختلفة، وإذا كان باترسون (1990) قد ذكر رؤية فرويد للتوافق بأنه عملية لا شعورية فإن صابر حجازي (1999) أضاف أن السواء النفسي (التوافق النفسي) عند فرويد يتمثل في حالة الاتزان التي تتحقق بين مكونات الشخصية الثلاثة (الهو،Ego الأنا Id ، الأنا الأعلى Super Ego) وحالة الاتزان سابقة الذكر تتمثل في قدرة الأنا على تحقيق التوازن بين القوى المتصارعة في الشخصية حيث لا تطغى قوة على أخرى فالأنا بمثابة حلقة الوصل بين الهو والأنا الأعلى.

أما من ناحية التوافق الزواجي فقد ذكر فرويد أهمية الجانب الجنسي (اللبيدو) في حياة الفرد، وذلك بعد مهم من أبعاد التوافق الزواجي، فالفرد يمتلك الجانب الجنسي الذي تحاول الهو إشباعه بأي طريقة، ولكن الأنا تأتي لتوجه ذلك الإشباع، لهذا فقد أشار حامد زهران (1997) أن الغريزة الجنسية تمثل جانبا مهما في

مدرسة التحليل النفسي لفرويد ، حيث يجعلها فرويد موجها لسلوك الفرد، كما تنمو تلك الغريزة (الجنسية) عبر عدة مراحل تنتهي بالمرحلة الجنسية التناسلية، والتي تميز حياة الراشد الجنسية ، ويبحث الفرد فيها عن زوجة له، ويسيطر على تلك المرحلة فكرة الجماع الجنسي.

ولذلك فالفرد يحاول إشباع تلك الغريزة (متطلبات الهو) وفق الإطار الشرعي (الأنا والأنا الأعلى) فيبحث عن زوجة مناسبة له في إطار الزواج الصحيح خلال المرحلة الجنسية التناسلية كما يرى فرويد ، وبذلك يتحقق التوافق الزواجي ، مع العلم أن التوافق الجنسي بعد مهم للتوافق الزواجي ، وذلك كما هو موضح في مقياس التوافق الزواجي المستخدم في الدراسة الحالية ، وكذا فسوء التوافق الزواجي ينشأ من الفشل في تحقيق التوازن بين مكونات الشخصية ، ولجوء الزوج لإشباع رغباته الجنسية بطريقة غير مقبولة ، أي تغلُّب الهو على الأنا كمكون للشخصية .

4-7-2 النظرية السلوكية Behavioral Therapy :

النظرية السلوكية تركّز على الجانب السلوكي وكذلك مبادئ التعلم ، ولذلك ذكر مدحت عبد اللطيف (1990) أنها تنظر للتوافق وسوء التوافق على أن كليهما سلوك متعلّم مكَتسب ، وذلك من خلال الخبرات التي يمر بها الفرد ، حيث يكون السلوك التوافقي مقابلا ومصاحبا بالتعزيز والتدعيم ، أما السلوك اللا توافقي فيَقابلُ بالعقاب وبذلك فإن التوافق الشخصي عملية تتشكّل في المقام الأول بطريقة آلية عن طريق تلميحات وظروف البيئة حول الفرد .

وإذا كان مدحت عبد اللطيف (1990) قد تحدث عن التفسير السلوكي للتوافق ، فإن كمال مرسي (1998) أضاف لما سبق أن السلوكيين يفسرون التفاعل الزواجي كمتطلب مهم لحدوث التوافق الزواجي من خلال الثواب والعقاب، حيث إن إثابة الفرد على سلوك ما غالبا ما يدعمه ويقويه للظهور مرة أخرى فعندما يتفاعل الزوجان ويعزز أحدهما الآخر فإنه يحفّزه، وذلك يزيد من التقارب والتوافق الزواجي بينهما عكس إذا عاقب أحدهما الآخر أو حرمه من الثواب، فإنه يشعره بعدم الارتياح وبسوء التوافق بينهما، ولذلك فإن التوافق الزواجي يحدث إذا تفاعل الزوجان، وأشبع كل منهما الآخر مما يعود عليهما بالنفع ، فالتوافق الزواجي بين

الزواج ين يمكن تعلمه من خلال مرور الزواجين بخبرات حياتية إيجابية ، ومقابلة ذلك بالدعم والمساندة مما يعتبر معززا على سلكه مرة أخرى .

3-7-4 نظرية الذات لروجرز Rogers :

لقد اهتم روجرز بالذات ، ومن هنا فقد نظر للتوافق وسوء التوافق في ضوء رؤيته للذات، حيث ذكر ك. هول، و ج. لندزي (1987) أن روجرز يرى أن التوافق النفسي يتوافر عندما يكون الفرد متسقا مع مفهوم ذاته من خلال الخبرات التي يمر بها الفرد ، لهذا ركّز روجرز على جهازين هما: الكائن الحي و الذات، وقد يعارض أحدهما الآخر وحينئذ ينشأ سوء التوافق النفسي، أما التوافق فيحدث عندما يتوافق الفرد (الكائن الحي) مع ذاته، حيث يضع مفهوم الذات في وضع يسمح لخبرات الفرد بأن تتكامل مع مفهوم الذات.

أما حسن عبد المعطي، و راوية دسوقي (1993) فقد أضافا أن فكرة اتساق الفرد مع مفهوم ذاته تزيد تقديره لذاته، وبناء عليه يزيد التوافق الزواجي بينه وبين الشريك الآخر، بل من المفيد استخدام الإرشاد الزواجي لهما لرفع قيمة الذات، والتوافق الزواجي لهما، كما أن مفهوم الذات لدى الزوجين يتأثّر بحالة العقم للزوجين أو قدرتهما على الإنجاب، حيث أشار حمود القشعان (2000) أن الأسرة المنجبة أعلى من الأسرة غير المنجبة في مفهومهم وتقديرهم لذاتهم ، حيث يزيد تقدير الذات لدى الزوج إذا كان يمتلك ولدا ، مما يزيد الفرصة لوجود وزيادة التوافق الزواجي بينهما، لهذا فإن نظرية الذات تنظر للتوافق الزواجي على ضوء اتساق الفرد مع ذاته وخبراته التي يمر بها ، وكذلك قدرته على الإنجاب وتقبله لشريك حياته كجزء من ذاته .

كما أيدت ذلك المعني عائشة ناصر (2007) حيث رأت وجود علاقة موجبة بين مفهوم الذات وبين التوافق النفسي الجيد وتحقيق الصحة النفسية، بل إن تقدير الذات له تأثير مهم على علاقات الشخص مع الآخر وعلى تقبله له، وتوافقه مع نفسه ومع الآخر، وذلك ينطبق على الزواجين فتقدير الذات لديهما يزيد التوافق الزواجي بينهما، بل إن التوافق الزواجي بينهما مرتبط ارتباطا مهما بتقدير الذات عند الأبناء كما أن وجود التوافق الزواجي يزيد تقدير الذات لدى الأبناء .

يتضح مما سبق أ ن روجرز ر كّز في حديثه عن التوافق النفسي على حدوث التوفيق بين جهازي "الكائن الحي، والذات" فإذا استطاع الفرد التوفيق بينهما، فإنه يكون متوافقا بصورة جيدة، أما إذا اضطربت العلاقة بين الفرد وذاته فإنه يكون سيئ التوافق، كما أن الفرد عندما يزداد تقديره ل ذاته يزداد توافقه الزواجي، وأن مفهوم الذات لدى الزوج يتأثر ببعض العوامل منها قدرته على الإنجاب، وأساليب المعاملة الزوجية بينه وبين الزوج الآخر، وهذه الأمور تساعد في وجود وزيادة التوافق الزواجي لدى الزوجين.

4-7-4 نظرية التبادل الاجتماعي Social Exchange Theory :

لقد ركّزتْ هذه النظرية على ما يمكن تسميته " الربح النفسي " Psychic Profit Theory حيث ذكر كمال مرسي (1998) أن هومانز G. Homanse قد قدم تلك النظرية ليبين كيف يحدث التفاعل الاجتماعي وفيها يؤيد المعني الذي قدمه علماء التعلم (السلوكيون)، حيث أن إثابة السلوك تدعمه وتقويه وأن عدم إثابته تضعفه، لكن هومانز اشترط في الثواب أن يكون ذا قيمة نفسية عند الفرد المثاب كي يشعر بالربح والمكسب النفسي، وأن يتجنب الخسارة النفسية التي تحدث عندما يتعرض الفرد للعقاب لذلك فالفرد الزوج يستمر في التفاعل إذا كانت الإثابة التي يحصل عليها مساوية أو تفوق في قيمتها النفسية قيمة ما يقوم به من سلوك، بناء على ذلك يزداد قرب الزوجين من بعضهما ويزداد حبهما لبعضهما، بل إن الزواجين عندما يشعران بالربح النفسي جراء زواجهما، فيعدل كلاهما مشا عره وأفكاره وسلوكياته حتى يقترب من مشاعر وأفكار وسلوكيات الطرف الآخر وبذلك يستمر التفاعل الإيجابي بينهما، مما يترتَّب عليه زيادة التوافق الزواجي.

ومن المفاهيم الأساسية في هذه النظرية مفهوما العائد والتكلفة حيث ذكر كمال مرسي (1991) أن التكلفة **Cost** تتضمن الجهد الذي يبذله الفرد للوصول إلى مراده ، أما العائد فهو الناتج عن هذه التكلفة وقد يكون هذا العائد مرغوبا (ثوابا)، وقد يكون غير مرغوب (عقابا)، ولهذا فإن أي فرد له أهداف معينة يسعى لتحقيقها من خلال المرور بخبرات معينة ، وفي سبيل ذلك فإنه يتحمل بعض الأمور، والتي تعتبر تكلفة لما سيحصل عليه فيما بعد (العائد)، وعندما يحصل عليه فإن كان مرغوبا، فإنه سيكرر ذلك السلوك

وتلك التكلفة مرة أخرى ليحصل على مثل ذلك العائد ، عكس إذا كان العائد غير مرغوب ، فإنه سيتجنب مثل ذلك السلوك وتلك التكلفة مرة أخرى، كي يتجنَّب مثل ذلك العائد .

ولهذا فإن العائد إذا كان مرغوبا (ثوابا) فإنه يقوي العلاقة ويزيد التوافق الزواجي بين الزوجين عكس إذا كان العائد عقابا، كما أضافت صفاء مرسي، و الطاهر محمود (2005) أن الربح النفسي للزوجين يتحقق عندما يشعران بالطمأنينة والرضا ، وأن حساب العائد والتكلفة في تفاعل الزواجين تتأثر ببعض العوامل منها توقعات كل من الزواجين من الآخر،وإدراكه لتلك التوقعات فإن كلا الزوجان يقبل على الآخر عند ما يجدان في تفاعلاتهما معا ما يشبع رغباتهما، مما يحقق الربح النفسي لهما ويجنبهما الخسارة النفسية ، ويقوي التوافق الزواجي بينهما.

وإذا كانت صفاء مرسي، و الطاهر محمود (2005) قد تحدثا عن العائد والتكلفة من تفاعل الزوجان، فإن عائشة ناصر (2007) أشارت إلى أن وجود عائد إيجابي مرغوب من قبل الزوجين يزيد التوافق الزواجي، حيث إن تبادل الزوجان الأدوار للحصول على المكافآت يجعل العلاقة الزواجية تستمر لمدة أطول مما يدعم التواصل الوجداني بين الزوجين ، ويزيد الفرصة لوجود التوافق الزواجي بينهما بل ينعكس أثره على الأولاد بصورة مفيدة .

أما سوء التوافق الزواجي فيحدث عندما تحدث الخسارة النفسية لأحد الزوجان ،مما يؤدي إلى الصراع النفسي مع الطرف الآخر، الذي كان سببا في حدوث تلك الخسارة أو في منع الربح النفسي، وعندما لا يقبل الزوجان الخسارة النفسية يتحول تفاعلهما معا إلى حالة من الصراع النفسي وتتعارض المصالح والدوافع بينهما، ويستمر الصراع بل يؤثر على الأبناء، حيث أشار فرانك و ديريك (1991) Frank & Dierek إلى أن التوتر بين الزوجين يؤثر على كيان الأسرة بمن فيها من الأطفال فيضطربون، إضافة إلى فقدان الجو النفسي اللازم للنمو السليم، وبذلك تختل إحدى وظائف الأسرة (الزوجين) وهى تربية الأولاد .

يتضح مما سبق أن نظرية التبادل الاجتماعي ترى أن التوافق الزواجي يحدث من خلال تفاعل الزوجان معا وقضاء حوائجهم ، حيث يقوم أحدهما بسلوك ما قد يكلفه بعض التكاليف ، مقابل الوصول لهدفه والحصول على العائد من ذلك السلوك وهو تحقيق التوافق الزواجي .

4-7-5 نظرية الربح النفسي الروحي Psycho-Spiritual-Profit Theory :

هذه النظرية ذات أساس ديني ، حيث أشار كمال مرسي (1998) إلى أن الربح النفسي الروحي عبارة عن شعور الفرد بالارتياح النفسي في عمل يرضِي الناس ابتغاء مرضاة المولى عز وجل وأخذ الثواب من الله تعالى، وأن هذه النظرية تقوم على أربع مسلمات :

(أ) إشباع الحاجة للدين يدفع الفرد للقيام بعمل يرضى عنه المولى تعالى .

(ب) حصول الفرد على ثوابه وأجره من المولى تعالى يعزز سلوكه في باقي العبادات.

(ج) إحسان الفرد لأخيه من العبادات التي يعززه الله تعالى عليها .

(د) إذا قابل الفرد إساءة الآخر له بالإحسان فإن ثواب الله تعالى له سوف يزداد.

ولهذا فإن الزوج يقابل مودة الطرف الآخر بالمودة ، كما يقابل عداوته بالمودة، ويفسر ذلك حيث أن الفرد الزوج يرى أن الثواب الذي يحصل عليه من المولى تعالى يفوق أي عقاب أو خسارة يمكن أن تصيب الفرد في هذه الدنيا ، ولهذا فتقوى علاقة الزوجان معا ويراقب كل منهما ربه في الآخر ، مما يزيد الفرصة للتفاعل الزواجي الجيد وتحقيق التوافق الزواجي.

وبذلك فإن الزوج عندما يتفاعل مع ا لطرف الآخر كي يحققا التوافق الزواجي ، فإنه يتحمل أي سلوك يصدر من الطرف الآخر حتى ولو كان ذلك السلوك عقابا للزوج ، حيث إنه يتعامل وفق مبدأ الإحسان، كما ترى هذه النظرية، فيقابل الإساءة بالإحسان ابتغاء وجه المولى تعالى ومما يدعم ذلك قوله تعالى : " واصبِرَ فإِن اللّه لا يضِيع أَجر الْمحسِنين " **سورة هود آية (115)** ، مما يزيد التوافق الزواجي بينهما ، حيث يتغاضى الزوج عن بعض السلوكيات مقابل الجزاء من المولى تعالى ، مما يجعل الطرف الآخر يحسن معاملته ، حتى لا ينفرد الزوج بالثواب من المولى تعالى .

4-7-6 تعقيب :

وبعد عرض ما سبق من آراء حول التوافق الزواجي يتضح لنا أن مدرسة التحليل النفسي متمثلة في فرويد رأتْ أن التوافق بين الزواجين يتمثل في حالة التوازن بين مكونات الشخصية، وقدرة الأنا على إشباع متطلبات الهو (الجنسية) بطريقة مقبولة، أي عن طريق الزواج السوي، ولا شك أن إشباع الفرد جنسيا من خلال الزواج السوي يدعم التوافق الزواجي . أما السلوكيون فيفسرون التوافق الزواجي على ضوء عملية التعلم وما يجده الزوج من إثابة لسلوكه تجاه الطرف الآخر، مع توافر الظروف البيئية المناسبة لحدوث التوافق الزواجي، أما إذا لم يعزز السلوك المناسب للزوج من قبل الطرف الآخر، فإن ذلك منذر بسوء التوافق الزواجي،أما نظرية الذات فنظرت إلى التوافق الزواجي على ضوء اتساق الزوج مع المفهوم الذاتي له، وذلك من خلال الخبرات التي يمر بها، حيث توجد علاقة إيجابية بين المفهوم الذاتي للزوج والتوافق الزواجي لديه، فوجود مفهوم ذاتي إيجابي للزوج يساعده في التعامل مع الزوج الآخر بفاعلية ، مما يزيد الفرصة للتقارب و التوافق الزواجي بينهما، أما نظرية التبادل الاجتماعي فتركّز على ضرورة تعزيز الزوج للسلوك المرغوب من الطرف الآخر، وذلك يقوي العلاقة بين الزواجين، ويجعل كليهما يقبل على الآخر عن طيب نفس، وذلك من شأنه تنمية التوافق الزواجي بينهما كما أضافتْ نظرية الربح النفسي الروحي بعدا روحيا للعلاقة الزواجية وتحقيق التوافق الزواجي، حيث يقابل الزوج سلوك الطرف الآخر بما يرضي المولى تعالى أي يقابله بالإحسان طلبا للثواب من المولى عز وجل، حيث إن أي خسارة يخسرها الفرد لاُ تقَارن بما يحصل عليه الفرد من ثواب من الله تعالى فيما بعد .

ومع ذلك فلا نستطيع الاقتصار على وجهة نظر واحدة في تفسيرها التوافق الزواجي ،بل من الضروري تكامل تلك الآراء، وإن كانت نظرية الربح النفسي الروحي أقربها للواقع الذي نعيشه كمجتمع إسلامي ، فالدوافع وفق هذه النظرية تشمل الدينية والدنيوية، بل لابد أن يتغاضى الزوج عن بعض هفوات الطرف الآخر حتى تسير الأمور ، مع الوضع في الاعتبار أ ن ذلك ابتغاء مرضاة الله تعالى ، وحينما يعرف الزوج الآخر ذلك فيسارع بالسلوك الطيب ، حتى يفوز بالثواب من الله عز وجل ولا ينفرد به طرف دون الآخر، مع ضرورة توفير البيئة المناسبة لنمو كلا الزواجين من خلال الخبرات الحياتية التي يمران بها.

4-8 معوقات التوافق الزواجي :

التوافق الزواجي شأنه شأن أي شيء آخر يتعرض لما يقويه ويدعمه، كما أنه يتعرض لما يعوقه، وهذا شيء طبيعي بل من متطلبات التوافق الزواجي، فلولا تلك العقبات ما عرفنا طعم السعادة والتوافق الزواجي ، فلابد من وجود بعض المشكلات والاختلافات بين الزوجين،ولكن المهم أنُ تحلَّ هذه المشكلات بطريقة مناسبة في الوقت المناسب، فالاختلاف في الرأي لا يفسد للود قضية، ولا مانع أن يطلب الزوجان النصيحة من المختصين الذين يثقون بهم .

وإذا كانت الحياة لا تسير على وتيرة واحدة، لذلك فلا يوجد سواء مطلق، كما لا توجد حياة زواجية متوافقة بدرجة كلية ، فالكمال لله وحده ، لذلك ذكر محمد بيومي (1990- أ) أن التوافق الزواجي لكونه يقوم على أساس العلاقة المتبادلة بين الزوجين، وأن لكل منهما شخصية لها سماتها وأساليبها الخاصة في المعاملة الزوجية، لهذا فالحياة الزوجية السعيدة لا تخلو من وجود بعض الاختلافات والتي تتحول من خلال تفاهم الزوجان إلى مدعم جيد ومساعد للتوافق الزواجي، فبقدر نجاح الزوجين في حل مثل هذه الاختلافات بقدر تحقيق التوافق الزواجي، على أي حال فهناك مجموعة من المعوقات للتوافق الزواجي ومنها ما يلي :

1. **البعد الأخلاقي:** مثل الشك في تصرفات أحد الزواجين، وسفر الزوج لفترات طويلة، وانحراف الزوج وإهمال الزوج مسؤولياته الشرعية .

2. **البعد المادي:** مثل كثرة طلبات الزوجة، وطمع الزوج في مرتب زوجته العاملة، واهتمام الزوج الزائد بالعمل على حساب الأسرة، واختلاف المستوى المادي بين الأسرتين اختلافا كبيرا .

3. **البعد الثقافي:** مثل انخفاض الوعي الثقافي للزوجة، وانخفاض الوعي الثقافي للزوج، والتفاوت الشديد في مستوى ثقافة الزوجان .

4. **البعد النفسي:** مثل كثرة الضغوط النفسية، والغيرة الزائدة بين الزوجين .

5. **البعد الشخص:** يمثل عدم عناية الزوجة بمظهرها داخل المنزل، وضعف شخصية الزوج، وعقم أحد الزوجين .

6 البعد الاجتماعي: مثل تدخل الأهل والجيران والأصدقاء في شؤون الأسرة ، والمغالاة في السيطرة من قبل الزوج ، وزواج الرجل مرة أخرى وإهماله زوجته الأولى .

محمد بيومي (1990 ب) وعثمان ، إريكسون وآخرون(2000) Erickson,et.al ، عثمان العامر (2000) ، كمال قديح (2001) ، نيسلو و روبرت (2001) Nicole & Robert، رشاد موسى وآخرون (2003) ، محمد كتابي (2005)، جانيسكي وآخرو ن (2006)Janicki,et.al ، داريا و داون (2007) Darya & Dawn .

وإذا لم يستطع الفرد مقابلة تلك العوائق والتكيف معها بطريقة مقبولة، فإنه يتعرض لأن تقل حالة التوافق التي كان عليها من قبل ويدخل حالة من سوء التوافق الزواجي، حيث ذكر حامد زهران(1997) أنه نظرا لوجود مجموعة من المعوقات، فقد ظهر سوء التوافق بصفة عامة فنجد سوء التوافق الصحي، الشخصي، الاجتماعي والمهني مما يؤدي لسوء التوافق الزواجي فالفرد كل متكامل، فما يجده الفرد في عمله مثلا يؤثر في علاقته مع زوجته، كما يسهم في اختلال العلاقة الزواجية وظهور الخلاف بين الزوجين والهجران والخيانة الزواجية، وقد ينتهي الأمر بالطلاق والانفصال.

وإذا كان حامد زهران (1997) قد ذكر أن سوء التوافق دخل أغلب مجالات الحياة، فقد أشارتْ صفاء إسماعيل ومحمد نجيب (2004) إلى أ ن سوء التوافق الزواجي يمكن تسميته " الاختلال الزواجي " وهو يختلف في درجته من البسيط الذي لا يمثل مشكلة للزوجين إلى المعقَّد الذي يتطلب التعامل بشكل جدي معه، بل قد يصل لمرحلة طلب المساعدة من الآخرين، وأنه يتمثّل في مجموعة من الاضطرابات التي قد تنشأ بين الزواجين نتيجة العجز عن مواجهة مشكلاتهما، وعدم التفاهم بينهما، وعدم الاتفاق على طرق الحل، وعدم القدرة على إيجاد أرضية مشتركة من التفاعلات الاجتماعية الحميمة المستمرة، مما يؤدي لظهور بعض الآثار مثل: انخفاض التواصل بين الزواجين،وعدم الاندماج بينهما في نشاط مشترك، وعدم الرضا عن العلاقة الزوجية بشكل عام،مما يجعلهما يطلبان المساعدة من المختصين النفسيين.

أما سميرة أبو غزالة (2008) فأضافتْ أن من الأسباب غير المباشرة لسوء التوافق الزواجي عدم الإشباع الجنسي، حيث إن مناقشة عملية الإشباع الجنسي بين الزوجين تُعتبر محرمة لدى كثير من الأزواج،

مما قد يساهم في وجود المشكلات الزواجية، والتي تظهر في شكل صراع بين الزوجان أو خلاف على تربية الأطفال، أو بعض الخلافات المالية، إضافة لسوء التواصل الزواجي والذي يعتبر من أسباب سوء التوافق الزواجي .

يتضح مما تقدم أن التوافق الزواجي مطلب أساسي لكل زوج، ومع ذلك تعترضه بعض العوائق التي تقلل الفرصة للوصول إليه، ولكن من الضروري معرفة أنه لا يوجد حد فاصل بين السواء واللا سواء، فكلنا متوترين بدرجة معينة ، فلا وجود للتوافق التام، لهذا فلا يستطيع الزوج العيش مع الطرف الآخر طول العمر في توافق دائم فلا بد من وجود النقاش والاختلاف، مما قد يوجد المعاناة والتوتر في العلاقة الزوجية، مع أن تلك المعاناة تختلف من زوج لآخر بناء على اختلاف البناء النفسي للزوجين، وكلما زادت الخلافات الزواجية وعجز الزوجان عن مقابلتها بالطرق المناسبة في الوقت المناسب ، ك لما زاد ظهور سوء التوافق الزواجي، أما إذا استطاع الزوجان مقابلة تلك الخلافات بالطرق المناسبة في الوقت المناسب فيزداد التوافق الزواجي، ولابد للزوجين أن يتقبلا بعضهما، فكم من خُلقٍ طيب كريم يجده الزوج مثلا في زوجته، إن ذهب يعده وجده يفوق ما ينقمه منها، وكفاه أنه يجد معها المصرف الحلال لشهوته، كما أن الكمال لله وحده، لهذا قال القائل :

منَ ذا الذي ترضى سجاياه كلَّهاَ   كَفى بالمرءِ نبلا أنُ تعد معايبه

9-4 طبيعة اضطراب العلاقة الزوجية :

ويدخل معظم الناس في علاقات حميمية في فترة ما من حياتهم بغض النظر عن البلد أو الثقافة، ففي المجتمعات الغربية أكثر من 90 %من السكان يتزوجون حوالي في سن الخمسين حسب دراسة "ماكدولاند McDonald 1995 " ، و يعيد الزواج حوالي 75 %من المطلقين بعد ثلاث سنوات من زواجهم الأول حسب دراسة فيرستنبارغ" و "سبانييه Firstenberg&spanier 1984 "

حيث تعتبر العلاقات الحميمية بين الأزواج أفضل أشكال إشباع حاجات الفرد للحنان الصحبة والإخلاص والعاطفة والجنس وهذا حتى بالنسبة لمن سبق لهم أن خبروا علاقات غير مرضية، فبالنسبة لبعض الأزواج زوال الرضى مرتبط بمشكلات ذات دلالة في العلاقة ولكن لأسباب متعددة يقرر الازواج البقاء مع بعض، فالكثير من المعلومات متوفرة عن ما يفعله الأزواج للحفاظ على علاقات مرضية ، من بين الخصائص المحددة بشكل كبير والتي ترتبط بالرضى الزواجي ما يلي :

الخاصية الأولى: وجود مستوى عال من الايجابية في التفاعل الزواجي ، فالأزواج السعداء يقضون وقتا أكثر مع بعض ويسلكون بايجابية اتجاه بعضهما البعض مقارنة بالأزواج غير السعداء حسب دراسة "وايس"واخرون weiss&al 1973 "

ابعد من ذلك فان الأزواج السعداء مقارنة بغير السعداء يسلكون بايجابية حتى إذا كان الطرف الأخر سلبي اتجاههم كما بينت ذلك دراسة "جاكبسون و اخرون.Jackobson&al 1982 "

إن اقتسام الايجابية عند الأزواج السعداء هو مماثل لوضع حساب في البنك مع مرور الوقت يتكون استقرار في مستوى القرض، مما يسمح للطرفين عدم تبادل السلبية، وبالعكس الأزواج التعساء، الذين لديهم تبادل ضئيل في التبادل الايجابي فان قرض حساب علاقاتهم سيكون ضئيلا او منعدما و بالتالي فانهم يميلون الى تبادل السلبية.

الخاصية الثانية : و هي المحددة لاضطراب العلاقة الزوجية هي الاتصال غير الفعال في حل الصراعات فعند مناقشة مواضيع الصراع فان الأزواج الذين لديهم مشكلات ينتقدون بعضهم البعض ويفشلون في

الاستماع بفعالية لبعضهم البعض و يميلون إلى الانسحاب من بعضهم البعض ولا يستخدمون أسلوب حل المشكلات الايجابي، فعند مناقشة المواضيع التي تثير الصراع، لا يميلون إلى اقتراح الحلول الممكنة للمشكلات وغالبا ما يرفضون مناقشة هذه المواضيع وينسحبون إلى غرفة أخرى أو يتركون البيت.فهناك دائما نفس الصراع حول نفس المواضيع، الصراع الذي لا يؤدي الى أي تغيير ايجابي في العلاقة.

الخاصية الثالثة : إن الأزواج غير السعداء ينظرون إلى أزواجهم نظرة سلبية مقارنة بالأزواج السعداء فهم غالبا ما يرجعون بصورة انتقائية السلوكات السلبية لأزواجهم وينسبون هذه السلوكات السلبية إلى خصائص ثابتة وشاملة من الشخصية .ففي العلاقة المتوترة عندما يدخل الزوج متأخرا فان الطرف الأخر يدرك هذا السلوك انه شخص أناني عموما لا يهمه أمر العائلة بينما في العلاقة المرضية يدرك على انه شخص يبذل مجهودا جبارا من اجل العائلة، عند الأزواج غير السعداء تتبيء الأفكار السلبية حول الطرف الأخر بسلوك مستقبلي، بمعنى أخر الأزواج المتوترون يستجيبون لادراكاتهم الذاتية في تفاعلهم الزواجي و التي غالبا ما تكون مشوهة.

الخاصية الرابعة : البنية المعرفية السلبية للعلاقة، حيث عبر الوقت يطور الأشخاص إدراكا عاما للطرف الأخر وعلاقتهم، فعند الأزواج السعداء تتميز بالمشاركة والإدراك

الايجابي للعلاقة وتاريخها ،بينما تتميز عند الأزواج الغير سعداء بشعور سلبي حول العلاقة وتاريخها.فكل الأزواج يميلون لإدراك وتذكر أحداث العلاقة بطريقة تتناسب مع بنيتهم المعرفية للعلاقة. (جوتمان و اخرون 1992Gottman &katz ص 5)

بمعنى آخر الأزواج السعداء يدركون بصفة انتقائية تفاعلات العلاقة على أنها ايجابية بينما يدركها الأزواج التعساء على انها سلبية، هل هذه الخصائص المحددة للزواج المتوتر هي أسباب أو نتائج أو مشكلات علائقية ؟، يبدو انه من غير المحتمل أن ايا من هذه الخصائص هي فقط أثار للتوتر الزواجي بما أن كل خاصية تبين انها قادرة على التنبؤ بتدهور الرضى عن العلاقة مستقبلا .كما أظهرت ذلك دراسة (كارني و"برادبوري Karney & Bradbury 1995).

من جهة أخرى بينت دراسة "جوتمان Gottman 1993 " أن تقدير مهارات الاتصال عند الأزواج أثناء مناقشة مواضيع الصراع في علاقاتهم أيضا تتبيء بخطر تدهور العلاقة والطلاق، اما دراسة " فينشام Fincham 1990 " فقد بينت أن الأفكار السلبية حول القرين تدل على توتر العلاقة وتنبيء بتناقص الرضى عنها، كما وجدت دراسة "هافير Haver 1989 " أن الاعتقادات حول العلاقة والبنية المعرفية عند الأزواج تنبيء بخطر تدهور الرضى عن العلاقة والطلاق في المستقبل.

10-4 اثأر اضطراب العلاقة الزوجية :

أكدت دراسات عديدة ان الزواج الناجح يؤدي إلى الصحة والسعادة والصحة النفسية منها دراسة "مايرز Myers 1992 " **ولكن ماذا يحدث عندما تفشل هذه العلاقة؟**

حاول الباحثون " بومايستير و آخرون baumeisteret al,1993 " الإجابة عن هذا السؤال ففي الدراسة الأولى طلب الباحثون من الطلبة ذكر مرحلة في حياتهم عندما كانوا مغرمين بشخص لا يبادلهم نفس الشعور كما طلبوا منهم عكس الوضعية أي ان شخصا مغرما بهم وهم لا يبادلونه نفس الشعور، ثم فحصت إجابات الطلبة من طرف محكمين مستقلين و وضعوا لها رموزا تتمثل في أنماط عاطفية، و في دراسة أخرى ذكر الطلبة نفس المواقف من الحب الغير متبادل ووضعوا بأنفسهم تقديرات لاستجاباتهم العاطفية، في الدراستين وجد الباحثون أن الحب الغير متكافىء يميل إلى ان يكون تهديدا مهينا لتقدير الذات عند المحبين المخذولين، اللذين يحاولون رفع تقديرهم لذواتهم بالتأكيد على أن الانجذاب كان متبادلا وأنهم استمروا في حبهم وان الرفض لم يعبر عنه أبدا بصفة قطعية، أما الرافضون للعلاقة فيشعرون بالذنب والغضب كما أنهم يشعرون بالسرور نوعا ما . ويعتقدون ان المحبين كانوا يتدخلون و مزعجين ومحبطين وغير عقلانيين .من الواضح أن الحب الغير متبادل هو تجربة ضاغطة. (فيليبشالك philipchalk 1995 ص 401)

ابعد من ذلك يؤدي اضطراب العلاقة الزوجية الى القلق والاكتئاب والعصابية نتيجة لفشل الزوجين في مواجهة حاجات وتوقعات بعضهما أو الصعوبة في تقبل كلاهما للفروق في العادات والآراء والرغبات او الصراعات المتعلقة بالمال او أسلوب تربية الأبناء إلى جانب الفشل في العلاقات وعدم القدرة على التعبير

عن أفكارهم لبعضهم البعض بوضوح أو التعارض بين اتجاهات الزوجين كل ذلك يشبع الاضطراب النفسي والإحساس بفراغ الحياة .

كما أكدت "نورفل" 1982 انه كلما كان الزواج حسنا زادت سعادة المرأة المتزوجة في حين أن سعادة الرجال تتأثر بنواحي أخرى غير أسرية أما عدم التوافق الزواجي وما يتبعه من عدم الإشباع العاطفي الى جانب النزاعات الزوجية والمشاعر السلبية واحتمال الانفصال بين الزوجين إذا وصلت الأمور إلى درجة عالية من سوء العلاقة بين الطرفين واستحالة استمرار الرابطة بينهما ففي مثل هذه الحالات يشيع الشعور بعدم الأمان والقلق والاكتئاب والإرهاق العصبي وعدم الاتزان النفسي والوجداني والخوف من المستقبل والشعور بالضياع وعدم القدرة على تحمل التبعات إزاء شريك الحياة وإزاء الأطفال والتناقض بين الواقع الذي يعيش فيه الفرد وبين أماله وتطلعاته كل هذه الظواهر تشكل دوافع قوية للتوتر النفسي والقلق والاكتئاب لدى الأفراد الغير متوافقين زواجيا من الجنسين.

من جهة أخرى توفر العلاقة الزوجية المستقرة على المدى البعيد لكل طرف مواجهة الآثار السلبية لضغوطات الحياة، أما في العلاقات الزوجية الغير مستقرة فان كل طرف يكون عرضة لهذه الآثار ويعاني أكثر عند التعرض لضغوطات الحياة، فقد أظهرت دراسة "فلويد" و"زميش floyd&zmich 1991 " انه في حالة الوالدين الذين لديهم أطفالا معاقين ويكونون راضين عن علاقتهم الزوجية يكون لديهم اكتئاب اقل وعلاقات ايجابية أكثر مقارنة بأمثالهم من الغير سعداء في زواجهم .

كذلك وجدت دراسة "غور gore 1991 " أن الأشخاص السعداء في زواجهم يقاومون بشكل أفضل من الأزواج الغير سعداء البطالة المفاجئة الغير متوقعة.(هالفورد واخرون Halford&al 1997ص6)

فالتوتر في الزواج مرتبط بالاضطراب النفسي الفردي عند احد الطرفين مثلا الأزواج الذين يأتون للعلاج الزواجي لديهم نسبة كبيرة من الإدمان على المخدرات حسب دراسة "هالفورد واسغاربي halford&osgarby 1991 "

ومن جهة أخرى الأشخاص الذين يأتون للعلاج من الإدمان لديهم مستويات عالية من اضطراب العلاقة الزوجية حسب دراسة "بلانكفيل blancfiel 1990" ، و يرتبط الاكتئاب عند النساء واضطراب القلق عند الرجال

بشكل خاص ارتباطا قويا باضطراب العلاقة الزوجية، إن الارتباط بين الاضطراب النفسي للفرد واضطراب العلاقة لا يعني فقط مشكلات الفرد تؤدي الى مشكلات زوجية، حيث ان اضطراب الزواج هو غالبا ما يؤدي الى مشكلات الادمان على الكحول، ويزيد من تناقص فرص مواصلة العلاج عند المدمنين على الكحول، كما بينت ذلك دراسة "هافير Haver 1989 "

كما أن طول مدة الصراعات الزوجية هي من أكثر العوامل التي تؤدي إلى الاكتئاب عند النساء كما أنها مرتبطة بضعف ماله كما أظهرت ذلك دراسة "بوزانفيل و اخرون bousanville&al 1979 " فالعنف بين الأزواج منتشر في العلاقات المضطربة و يترك لديهم أثارا خطيرة من الناحية النفسية والجسمية خاصة على النساء كما بينت ذلك دراسة"فيفيان و اخرونVivian &al 1992" ، و تزداد مخاطر العنف الجسدي إذا كان احدهما مدمنا على الكحول حسب دراسة "ميرفي 1995" "Murphy

كما يرتبط الزواج المضطرب بضعف الصحة الجسمية وهذا لكون الأزواج غير السعداء أكثر عرضة لتناول الكحول والتدخين للهروب من المشكلات الزوجية مما يؤثر على صحتهم الجسمية فالزواج السعيد يوفر للأزواج القوة على مواجهة ضغوطات الحياة وينقص من أثارها السيئة على الصحة الجسمية.(المرجع السابق ، 1997 ص 7)

ولا تقتصر الآثار الوخيمة لاضطراب العلاقة الزوجية على الأزواج بل تمتد للأبناء حيث تؤثر بشكل كبير على الأطفال خصوصا الصراع الحاد بين الوالدين فهو مرتبط بنسبة كبيرة بمشكلات السلوك وعدم التكيف عند الأطفال، كما بينت ذلك هدية فؤاد محمد علي 1998، في دراستها حول الفروق بين أبناء المتوافقين زواجيا وغير المتوافقين في كل من درجة العدوانية ومفهوم الذات، وخصت الدراسة الأطفال من 10 إلى 12 سنة، فقد بينت النتائج أن سوء التوافق الزواجي له دور كبير وسلبي على كل من العدوان ومفهوم الذات للأبناء من الجنسين حيث كانت الفروق ذات دلالة إحصائيا بين أبناء المتوافقين وأبناء غير المتوافقين في كل من درجة العدوانية ومفهوم الذات، ذلك أن الصراعات الزواجية تخلق جوا متوترا وتدعم المناقشات الحامية المستمرة بين الوالدين أحاسيس الطفل بعدم الأمان بل ويشعر الطفل الذي تسود في أسرته مشكلات زواجية بقدرة اقل في التعامل مع المخاوف الطفولية العادية ويشعر أيضا بالعبء النفسي بسبب

هذه المشكلات التي لا يستطيع فهمها أو التي يسيئ فهمها، ويبالغ الأطفال في هذه المشاعر إذا ما أدركوا عدم قدرة الوالدين على التعامل معها.مما ينعكس على أحاسيس الطفل تجاه ذاته، بل قد يشعر في بعض الأحيان انه المسؤول عن ما يعانيه الوالدان ويؤثر هذا بدوره على مفهومه لذاته فيتبنى مفهوما سلبيا عن نفسه مما يمهد المسرح الى ظهور أشكال من السلوك غير سوية مثل السلوك العدواني (هدية. 1998 ،ص 8)

وتؤكد هذه النتائج وجود علاقة بين التوافق الزواجي والتوافق النفسي للأبناء كما أكدت ذلك دراسة "الشبيني" 1985 و دراسة "المزروعي" 1990 التي أكدت وجود فروق بين أبناء المتوافقين زواجيا وأبناء غير المتوافقين في بعض سمات الشخصية مثل الاتزان الانفعالي والاستقرار المزاجي والثقة بالنفس، ودراسة "باك Back 1988" التي تؤكد الارتباط بين أبعاد توافق الأطفال ومظاهر محددة من التوافق الوالدي، والى ارتباط أبعاد السلوك العدواني للأطفال وبين كل من التوافق الزواجي والعدائية الزواجية. (المرجع السابق 1998ص12)

وفي نفس السياق دراسة" سعدان 1992

4-11 مقترحات لتحقيق التوافق الزواجي :

الزواج مطلب أساسي للجنسين لِما له من أهمية في حياة الفرد والمجتمع ، بل إنه يعتبر واقيا يقي الفرد من كثيرٍ من الاضطرابات النفسية والأمراض العضوية ، حيث ذكر محمد عبد الرحمن(1987) أن الزواج يساهم في تحقيق التوافق النفسي للزوجين ، وذلك لِما يشبعه من حاجات يصعب إشباعها دونه، مما يجعل المتزوجين أكثر توافقا من غير المتزوجين ويؤيد ذلك ما ذكره زيودوري وآخرون(1991) **Theodore,et.al** أن المتزوجين أكثر توافقا من العزاب ، وأقل تحقيق التوافق النفسي للفرد مما يبين دور الزواج في تعرضا للضغوط النفسية والإصابة بالإنهاك النفسي .

وإذا كان الزواج يعتبر واقيا من كثير من الاضطرابات، فإن المتزوجين قد ينتجون بكفاءة أكبر كما أنه م يحبون عملهم ويستمرون فيه لأنه قد يساهم في إشباع بعض حاجات الزواج، حيث أشار سعيد الغامدي (2001) إلى أن المعلمين المتزوجين لديهم رغبة أقل من المعلمين غير المتزوجين والمطلقين لترك العمل والتقاعد المبكر، أي أن المتزوجين أكثر مقاومة للضغوط من المطلقين.

لذلك فمن الجدير بنا أن نحاول عرض بعض المقترحات لتحقيق التوافق الزواجي حيث في هذا السياق و بعد الاطلاع على العديد من البحوث العربية و الأجنبية تم تلخيص أهم المقترحات التي تكرر ورودها في تلك الدراسات ، ومنها :

1. **المساندة الاجتماعية** : وهي مفيدة بمصادرها المتعددة (الأسرة ،العمل والأصدقاء ...)، حيث لها دور مهم في تحقيق الرضا الزواجي، فعندما يجد الزوج زوجته تسانده وتقف معه للتغلب على ضغوط الحياة ويشعر أن قلبها معه، فتسانده نفسيا، ماديا واجتماعيا، مما قد يثبته أمام مثل تلك الضغوط فيتغلب عليها ويحقق التوافق الزواجي، خاصة وأن زوجته أقرب الناس له، تفهمه فـُ ُ ُتشعره بالسعادة،حيث إن السعيد من سعد في بيته ولو أراد الناس كلهم أن يتعسوه، والتعيس من تعس في بيته ولو أراد الناس كلهم أن يسعدوه فالسعادة الحقيقية مصدرها الأساسي البيت.

2. **إعداد مادة دراسية** في التربية الأسرية والزوجية ، يمكن تدري سها لطلاب الثانوية بجميع أنواعها، تحتوي طبيعة العلاقات الأسرية وأدوار كل من الزوجين والأبناء، وكذلك بعض المشكلات الأسرية وكيفية حلها، وُتَقدم بأسلوب إسلامي صحيح .

3. **عدم الانشغال عن رعاية الأسرة** تحت أي دعاوى، كتوفير حياة كريمة والعمل طول الوقت وترك الأسرة، فالإشباع المادي ليس بديلا بأي حال من الأحوال عن الإشباع العاطفي .

4. **تحسين العلاقة بأهل الزواجين والأقارب .**

5. **تقوية علاقة الزوجين** بربهما ودينهما، وضرورة الدعاء بأني بارك الله لهما وعليهما ويجمع بينهما في خير ، مما يزيد المشاركة الوجدانية والعلاقة الزواجية إيجابية .

6. **الاهتمام بالإرشاد الزواجي** قبل الزواج، أثنائه وبعده .

7. **النقاش والإقناع والمشاركة بين الزوجين** في حل المشكلات، وعدم تسلط أحدهما بالأمر .

8. تعاون وسائل الإعلام لتنمية الاتجاهات الموجبة نحو الزواج، والتركيز على العلاقات السوية بين الزوجين بطريقة بناءة، واحترام حقوق الأبناء .

9. **الاهتمام بالأنشطة الترويحية** والترفيهية المشروعة للزوجين كالحفلات وممارسة الرياضة .

10. **تنمية الإحساس بالانتماء المتبادل**، وأن ينمي كل زوج في الآخر مميزاته، ويحتمل عيوبه ويشاركه في تخفيف آثارها السلبية .

11. **تنمية التواصل غير اللفظي** ، والحب، وتنمية تقدير الذات بين الزواجين .

12. **محاولة إبعاد الأفكار غير العقلانية** عن أذهان الزواجين .

13. **أهمية التجديد في العلاقة الجنسية**، ولا يتحرج أحد الزواجين في سؤال الآخر عما يرضيه جنسيا، وابتغاء وجه المولى تعالى من وراء ذلك .

14. **ضرورة غض البصر عن المحرمات**، حيث تكون الزوجة هي كل العالم أمام زوجها، وكذلك بالنسبة للزوج فيكون هو كل العالم لزوجته .

15. **العمل على زيادة وتحسين التبعية الجنسية بين الزواجين**، والتي ترتبط بعفة كلا من الزوجين قبل الزواج، والتي تجعلهما يصلان لحالة من التبعية الجنسية لبعضهما تساعدهما للتصدي للإغراءات الخارجية .

نادية إميل (1976)، مديحة الطلياوي ومحمود منسي (1990)، محمد بيومي (1990) ليندا و توني (1994) ,Linda & Toni،حامد زهران (1997)، عبد الله علوان، (1999)، وفاء زعتر (1999) ،محمد بيومي (2000) ، أحمد عبد الله (2001)،عايدة شكري (2001)، علي عبد السلام (2001)، ورضا فاروق (2002)، كلير فهيم (2002) والطاهر محمود (2004)، سيليست و رايموند (2005) Celeste & Raymond، عبد السلام إبراهيم (2005)، محمد حسن (2006) عائشة ناصر (2007).

ولن تحقق النقاط السابقة الذكر إلا عن طريق برنامج العلاج أو الإرشاد الزواجي السليم، و لذلك سنتطرق إلا مفهوم الإرشاد الزواجي فيما سيأتي:

12-4 مفهوم العلاج أو الإرشاد الزواجي :

يتفق كثير من الباحثين (القاضي واخرون 1980) ، (جيلارد Gelard 1998) على أن الإرشاد و العلاج النفسي هما وجهان لعملة واحدة وان التشابه بينهما اكبر من أوجه الاختلاف كما أن الاختلاف هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع ، أما التفرقة التي يوافق عليها كثير من الباحثين فهي أن الإرشاد يركز على العمل مع الأسوياء الذين تتركز مشكلاتهم في نمو طاقاتهم مثل إرشاد الطلاب إلى ما يتناسب و قدراتهم وميولهم سواء في الدراسة أو المهنة كما بينت ذلك دراسة "خياطي" 1988 بينما يركز العلاج النفسي على العمل مع أشخاص لديهم نقص أو قصور في جانب ما حيث يعرفه"ولبرغ Wolberg 1988 " كما يلي :

العلاج النفسي: هو نوع من معالجة المشكلات ذات الطبيعة الانفعالية حيث يعمل المعالج وهو شخص مدرب تدريبا دقيقا على تكوين علاقة مهنية مع المريض وذلك بهدف إزالة أو إبعاد أو تأخير الأعراض الموجودة وتعديل السلوك المضطرب والنهوض بالنمو والتطور الايجابي للشخصية".

اما "ستور Storr 1980 " فيعرفه كما يلي:

العلاج النفسي هو فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية وهو اليوم اكثر اهتماما بفهم الأشخاص بشكل عام وتغيير اتجاهاتهم بدلا من إزالة الأعراض فقط، من جهة أخرى يعرف "الشناوي" 1996 الارشاد كما يلي :

الارشاد النفسي فرع من فروع علم النفس التطبيقي كما انه يجمع مع مجموعة أخرى من التخصصات مثل علم النفس العيادي ،الطب النفسي والخدمة الاجتماعية التي تهدف إلى مساعدة الناس في مواجهة مشكلات و مواقف الحياة وضغوطها و تغيير حياتهم إلى الأفضل تحت مجموعة تعرف بمهن المساعدة Helping professions ويظهر الإرشاد Counsling مرادفا لمصطلحات أخرى مثل التوجيه Guidance والعلاج النفسي Psychotherapy والنصح Advice .

ومن خلال التعاريف السابقة نلاحظ أن كل من الإرشاد و العلاج يهدفان إلى تقديم المساعدة وحل المشكلات لذلك يورد الشناوي قول "باترسون" 1988 : انه لا توجد فروق جوهرية بين الإرشاد و العلاج النفسي سواء في طبيعة العلاقة او في العملية او في الطرق و الأساليب الفنية أو في الأهداف و النتائج.(الشناوي 1996 .ص 18)

بالإضافة إلى كون الفرق بين الإرشاد و العلاج يكمن في طبيعة المشكلة التي يتعامل معها الباحث او العيادي فان هناك فرقا أخر يتمثل في التوجه النظري للعيادي أو الباحث حيث تستخدم نظرية التحليل النفسي مصطلح العلاج وكذلك السلوكية والمعرفية.(مليكة 1994,1996).

بينما تستخدم النظرية الإنسانية و على رأسها "روجرز Rogers 1950" مصطلح الإرشاد، اما نظرية "بوان Bowen 1984 " في العلاج النظامي العائلي فتفضل استخدام كلمة مدرب بدلا من معالج أو مرشد.

و الإرشاد الزواجي counsling كما جاء في تعريف "زهران 1997 " هو تحقيق التوافق والاستقرار والسعادة و تقديم خدمات الإرشاد الزواجي لتناول المشكلات قبله و اثناءه و بعد انهائه و المشكلات العامة ، ويرى بعض المرشدين ان يكون الطرفان معا في جلسة قصيرة ثم تتم جلسات فردية مع كل منهما ثم تختتم الجلسات في حضور الطرفين .(زهران 1997 ص 461)

وتنتقد "سكينر 1981 " الاعتقاد الشائع حول العلاج الزواجي والذي يشير الى اخذ زوجين و حملهما على التحدث لنا عن ادراكهما للموقف، ثم نعطي لهما وجهة نظرنا نحن حول الموقف، على امل ان هذا التبادل سيساعد في تغيير الموقف ، انه من السذاجة التوقع اننا عندما نخبر الاخرين بوجهة نظرنا حول تصرفاتهم سيتوقفون عن القيام بها .(سكينر Skinner 1981ص 27)

13-4 دور الإرشاد في التخفيف من الصراعات الزوجية :

إذا كان اضطراب العلاقة الزوجية يؤثر على صحة الزوجين النفسية والجسمية و على صحة الأبناء فان الأمر يستدعي البحث عن حلول للحد من هذه الآثار السلبية حيث تشير بعض المصادر منها "فين 1981Fine" أن 80 % من الأمريكيين هم مضطربون انفعاليا منهم 25 % بشكل واضح وإذا كانت نسبة الاضطراب عالية في المجتمعات الأخرى حسب "ليتون 1963 Leigthon " فهل هناك طريقة لتحسين درجة الإشباع و المتعة في الحياة الزوجية؟

ويؤكد "سترين 1985 Strean" : إذا كان عدم الرضا الزواجي عرض للمشكلات العصابية المنتشرة في المجتمع الغربي والمجتمعات الأخرى فان أكثر الطرق أهمية لتحسين الزواج سيكون بإحداث تغيرات نفسية عند الأفراد إن هذا عمل طموح جدا لكنه واعد ، ففي المجتمعات التي يكون العلاج النفسي سائدا فيها فان الأفراد هم أكثر سعادة و الحياة الزوجية هي أكثر إشباعا، ذلك أن التوتر من مشكلة يدل على الصحة مقارنة بعدم التوتر فالأزواج الذين يتجاهلون حاجتهم للعلاج النفسي هم غالبا يستعملون الإنكار أو القمع.

إن الإرشاد الزواجي أو أي شكل آخر من أشكال العلاج النفسي لا ينبغي أن يكون هدفه علاج الأفراد المرضى ولكن على الممارسين مساعدة العملاء إلى الوصول إلى التحليل المثالي الذي يفترض ان الرجال والنساء يمكنهم تحقيق سعادة أكثر إذا أحبوا وكان لديهم علاقات جنسية ولذات أخرى ويشعرون بمشاعر إنسانية ويتحكمون بالعقل ولديهم دور عائلي و دور في الهيئات الاجتماعية ولديهم صورة جيدة عن الذات ولديهم القدرة على الاتصال والإبداع والعمل وخالين من الأعراض المرضية.

فقد بينت دراسات عديدة أهمية التدخل الإرشادي لمساعدة الأزواج الذين يعانون من مشكلات في علاقتهم الزوجية، فقد أجرت عبد الرحمان (1980) دراسة عن اثر ممارسة طريقة خدمة الفرد على تخفيف حدة النزاعات الزوجية في تعديل دور العامل كزوج، و تغلب الزوجات على هذه النزاعات الأسرية وذلك على عشر حالات وتوصلت إلى أن تدخل طريقة خدمة الفرد من خلال سيكولوجية الذات والدور الاجتماعي يؤدي إلى تخفيف حدة النزاعات الزوجية مما يؤثر على الكفاءة الإنتاجية .

كما اخذ سعدان 1992 عشر حالات من الأزواج وطبق عليهم مقياس الاغتراب الزواجي ثم اجرى معهم مقابلات علاجية وبعد خمس مقابلات أعاد تطبيق مقياس الاغتراب الزواجي فوجد تحسنا ملحوظا وفروقا دالة إحصائيا مما يبين فعالية التدخل العلاجي الأسري.

كما اكدت دراسة "ماركمان واخرون Markman&al 1988 " أهمية البرامج الإرشادية للوقاية من المشكلات الزوجية حيث تبين على المدى الطويل أن الأزواج الذين تدربوا على حل المشكلات وطرق الاتصال وتوضيح التوقعات كانوا أكثر رضا عن علاقتهم مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تتلق أي تدريب أن التدخل الإرشادي والعلاجي يؤدي إلى تخفيف النزاعات الزوجية ورفع مستوى التوافق الزواجي ويقلل من حدة الاضطرابات النفسية ويزيد من معدل التوافق الشخصي والاجتماعي بصفة عامة.

و بعد إجراء عدة قراءات للوقوف على برنامج علاجي تبين لنا أن العلاج الزواجي يختلف باختلاف النظريات و التقنيات والاستراتيجيات المستعملة للوصول إلى التغيير، فمساعدة الأزواج تتطلب برامج محددة و لدى قامت الباحثة بلميهوب كلثوم 2004، من جامعة الجزائر استخلاص برنامج علاجي من خلال الاطلاع على النظريات النفسية المختلفة وخاصة العلاج السلوكي، و هو كالأتي :

4-14 برنامج مقترح لوقاية و علاج التوتر الزواجي :

- مهارات التكلم والاستماع :

ممارسة تقنيات الاتصال العاطفي- البدء ب " انا" التي تعبر عن فكرة الفرد والابتعاد عن استخدام انت لأنها تعبر عن اتهام الطرف الأخر مثال:« أنت دائما تفسد الجلسة» اتهام يؤدي الى الشجار

«أنا اشعر بالوحدة عندما لا أراك تهتم بالأشياء التي نقوم بها مع بعض».

عدم استعمال التوبيخ ، التلخيص.

- إدارة الصراع :

التعرف على أنماط التفاعلات العقيمة :

الانسحاب، الدخول في الصراع، التجنب والتخطيط لاستراتيجيات بديلة تكون فعالة.

- حل المشكلات :

تحديد مشكلة ما وإتباع خطوات لحله يتضمن طرح كل الحلول الممكنة ووزن الايجابيات والسلبيات ثم وضع خطة محددة التي يمكن متابعتها.

- التركيز على الايجابيات :

القيام بواجبات منزلية للقيام بأشياء جميلة لبعضهما البعض كالقيام بدلك الطرف الأخر، الطبخ ، الذهاب للسينما .

- توجيه المواضيع الضمنية للعلاقة:

استخدام مهارات التواصل لمناقشة مواضيع القرب/بعد، الإحساس بالحب والرعاية، السلطة،الاهتمام والاستجابة

- التوقعات / الافتراضات/ الاعتقادات:

زيادة الوعي وتحدي الاعتقادات الغير واقعية في العلاقة ومناقشة التوقعات فيما يخص العلاقة.

- الأسرة الأصلية:

استخدام مخطط العائلة لتحديد أنماط التواصل والتوقعات /الاعتقادات في العائلة الأصلية وتحديد العوامل التي تلعب دورا في العلاقة وكيفية الحفاظ عليها أو تغييرهاGenogram

- العلاقات الجنسية :

تحدي الأساطير حول الجنس والوصول إلى معطيات تربوية ومساعدة الزوجين على استخدام مهارات الاتصال لمناقشة الحميمية والقيام بأعمال حسية.

- الالتزام والصداقة:

توفير معلومات حول أنواع الالتزام في العلاقة يساعد الأزواج على زيادة الالتزام والصداقة من خلال الاتصال.

- الضبط الذاتي:

مساندة الأزواج في ما يمكنهم القيام به لتقوية العلاقة من خلال الضبط الذاتي والتعزيز الذاتي.

التعرف على حاجات الفرد الخاصة ، وحاجات الطرف الأخر، السيطرة على حاجات الفرد،والاعتراف بها، تقدير حاجة الأخر و محاولة إشباعها.(بلميهوب كلثوم 2004 ص 465)

4-15 خلاصة الفصل :

يتضح جليا من خلال ما تم التطرق إليه أهمية التوافق الزواجي في تحقيق الاستقرار النفسي و الاجتماعي والمهني للفرد، كما أن انعكاسات سوء التوافق الزواجي وخيمة على الفرد والأسرة بما فيها الأطفال وعلى المجتمع ككل، وبالرغم من أن الزواج هو أقدم مؤسسة وان الإرشاد الزواجي هو أقدم ممارسة فان صياغة مفهوم للتفاعل الزواجي والعلاج الزواجي من طرف المختصين هو تطور حديث جدا، بينما لا يوجد أي وحدة في هذا المجال سواء على مستوى التدرج أو ما بعد التدرج في الجامعة الجزائرية لتهيئة الأخصائيين للتكفل بالمشكلات الأسرية والزواجية، فالأخصائي النفسي عندنا لم يعد للتكفل بالمشكلات الزوجية، فضلا عن أن الأزواج يلجئون إلى الطرق التقليدية لحل مشاكلهم الزوجية بدلا من اللجوء إلى طلب العلاج الزواجي أو العائلي . فالزوجة التي تعاني من مشاكل مع زوجها قد تعزي الأسباب إلى سحر أو عين إصابتها فتجدها تنفق أموالها على الدجالين و المشعوذين عسى أن ينقذوا بيتها المهدد ولا تبذل أي جهد لمعرفة العوامل الموضوعية وراء توتر علاقتها الزوجية التي قد تكون الصراعات المستمرة حول المال أو تربية الأولاد أو مشاكل مع الأهل، والتي يمكن حلها بتلقي العلاج الزواجي، أما على مستوى البحوث العلمية فيوجد فراغ كبير في هذا الموضوع فالبحوث العلمية تكاد تكون منعدمة في تناول المشكلات الزوجية تشخيصا وعلاجا.

و يعتبر الفهم الجيد للزواج وكيف يمتد عبر الزمن، من الحاجات الأساسية ففي الوقت الذي يسعد فيه الكثير بالزواج في بدايته نجد عددا كبيرا منهم يلجئون للطلاق فيما بعد حيث امتدت ظاهرة الطلاق المتفشية في البلدان الغربية إلى الدول العربية، ففي مصر وصلت نسبة الطلاق في القاهرة وحدها 60000 حالة سنويا وهذا سنة 1965 آما في المجتمع السعودي فقد سجلت أعلى نسبة في الطلاق سنة 1984 حيث بلغت 683 حالة. (شلبي. بدون تاريخ .ص 7) عن بلميهوب (2004)

أما في الجزائر فان معدل الطلاق في تزايد مستمر فمن سنة 1994 إلى 2002 بلغ معدل الطلاق 24561 سنويا حيث بلغ 25628 حالة طلاق سنة 2002 وتعرف العاصمة أعلى نسبة حيث تسجل 1999 حالة سنويا والتي بلغت 2158 حالة طلاق سنة 1998 (إحصائيات وزارة العدل2004)

واثر التطرق إلى موضوع التوافق الزواجي يتبين جليا تداخل العوامل المختلفة في الإخلال بذلك التوافق و لعل التفاعل المتبادل بين الجانب المهني والأسري بما فيها الحياة الزوجية يمثل أهم تلك العوامل فلا تخلو مهن المساعدة والعلائقية من الضغوط والارغامات المختلفة التي قد تجعل الفرد عرضة للاحتراق النفسي، وفي غياب الهياكل اللازمة على مستوى محيط العمل للتكفل بهذه الشريحة، يتفاقم المشكل ويتعدى الحدود إلى المنزل ليحول دون إمكانية المصاب التعامل مع متطلبات الحيات الزوجية والأسرية وهذا ما قد يؤدي إلى الطلاق أو حتى الانتحار، ومن جهة أخرى قد يكون سوء التوافق الزواجي السبب في جعل الفرد غير قادر على مواجهة الضغوط و الارغامات المهنية والتكيف معها مما يجعله عرضة للاحتراف النفسي، ومن هذا المنطلق ارتأينا من خلال البحث الحالي إلى محاولة تسليط الضوء على هذا الجانب من العلاقة التفاعلية بين الحياة المهنية والزوجية لعينة الدراسة ومقارنة النتائج المتحصل عليها بالدراسات السابقة.

الفصل الخامس
الإطار المنهجي للبحث

- تمهيد

ميدان البحث

الدراسة الاستطلاعية

المنهج المستخدم في البحث

أدوات البحث

مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش maslash (1981)

مقياس التوافق الزواجي Dyadic adystment scale (DAS)

العينة الأساسية للبحث

أسلوب التحليل و المعالجة الإحصائية

خلاصة الفصل

تمهيد:

حتى يستطيع الباحث تحقيق أهدافه المرجوة و أغراضه المحددة من وراء بحثه والمتمثلة في دراسة الظاهرة موضوع البحث دراسة علمية دقيقة و منظمة يتطلب الأمر منه إتباع خطوات منهجية متسلسلة و مضبوطة سيتطرق إليها هذا الفصل من البحث حسب الظاهرة المدروسة.

هكذا يتناول هذا الفصل عرضا لإجراءات الدراسة الميدانية بكل خطواتها إذ تطرق في البداية إلى منهج البحث الذي يحدد طريقة دراسة متغيرات البحث كما يذكرنا هذا الفصل بفرضيات البحث و يعرض الدراسة الاستطلاعية التي من خلالها تم تقييم الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وذلك من خلال دراسة خصائصها السيكوميترية من صدق و ثبات كما يوضح أيضا أسلوب المعالجة الإحصائية المستخدم في معالجة ما تم جمعه من بيانات.

5-1 ميدان البحث :

أجريت الدراسة الحالية في ثلاث مستشفيات جامعية بالجزائر العاصمة و هي:

- المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) لباب الوادي.
- المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) لبني مسوس.
- المركز الاستشفائي الجامعي (CHU) مصطفى باشا.

و تم اختيار ثلاثة مصالح من كل مستشفى و هي مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية ، مصلحة الجراحة العامة و مصلحة الإنعاش ، و يرجع السبب في اختيار هذه المصالح لأسباب نذكر منها :

- استحالة التطبيق على كل المصالح و ذلك لأسباب زمنية و مادية.
- تم اختيار تلك المصالح لأنها تشمل على معظم الإرغامات و الضغوط الممكن أن تواجه الممارس و ذلك استنادا لإحصائيات (عدد المرضى، الوفيات) ، و إلى دراسات في الميدان.
- المستشفيات الثلاثة تحوي المصالح المختارة بنفس الاختصاصات و التجهيزات.

5-2 الدراسة الاستطلاعية :

تهدف الدراسة الاستطلاعية في الأساس إلى تحضير الدراسة الميدانية الأساسية للبحث، و إلى معرفة مدى تجاوب عينة الدراسة مع هذا النوع من البحوث و التأكد من قدرتهم على فهم أسئلة المقاييس و

مدى وضوحها، هذا من جهة و من جهة أخرى، مدى مصداقية و صلاحية المقاييس، بالإضافة إلا الوقوف على أهم صعوبات إجراء البحث في المؤسسة.(بوظريفة و آخرون،2007)

و قد دامت الدراسة الاستطلاعية مدة شهرين و قد كانت أساسية حيث سمحت لنا بما يلي:

– أولا: التعرف على ميدان البحث و مجتمع الدراسة.

– ثانيا: دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات البحث (مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش 1981) و مقياس التوافق الزواجي لغراهام سبانييه (1982)، و ذلك للتحقق من صدقها و ثباتها على المجتمع الجزائري.

5-2-1 إجراءات الدراسة الاستطلاعية :

تم توزيع 36 نسخة من كل مقياس على أطباء و ممرضين (لم يتم استخبارهم في الدراسة الأساسية) على النحو التالي:

الجدول رقم (05) توزيع أفراد عينة البحث الاستطلاعية

الجنس	المصلحة	المهنة	مستشفى بني مسوس	مستشفى باب الوادي	مستشفى مصطفى باشا	المجموع
ذكور	الاستعجالات	طبيب	1	1	1	3
		ممرض	1	1	1	3
	الانعاش	طبيب	1	1	1	3
		ممرض	1	1	1	3
	الجراحة العامة	طبيب	1	1	1	3
		ممرض	1	1	1	3
إناث	الاستعجالات	طبيبة	1	1	1	3
		ممرضة	1	1	1	3
	الانعاش	طبيبة	1	1	1	3
		ممرضة	1	1	1	3
	الجراحة العامة	طبيبة	1	1	1	3
		ممرضة	1	1	1	3
المجموع			12	12	12	***36***

و فضلنا أن يكون ملأ المقاييس فرديا ليتسنى لنا التحقق من وضوح العبارات، وكان متوسط السن يقدر ب 36.05 سنة وانحراف معياري 6.02 بالنسبة للإناث و 37.77 سنة وانحراف معياري 6.83 للذكور

حيث اصغر سن هو 26 بالنسبة للذكور و 28 بالنسبة للإناث واكبر سن 48 بالنسبة للذكور و 49 سنة للإناث.

كما تم تخصيص التطبيق على الأفراد الذين تفوق مدة الأقدمية في نفس المنصب (مخلفات الانهاك النفسي لا تضهر في السنة الأولى) ، و مدة الزواج سنتين و أكثر ، كما تم مقاربة الخصائص كي تكون مشتركة نوعا ما و ذلك لكي لا تتأثر النتائج بتلك العوامل الدخيلة (الملحق رقم343).

5-2-2 نتائج الدراسة الاستطلاعية :

بهذه الطريقة تمكنا من استرجاع 36 نسخة استغلت في دراسة الخصائص السيكومترية لمقاييس البحث، وذلك بدراسة صدقها و ثباتها على المجتمع الجزائري، حيث كانت مستويات الصدق و الثبات عالية بالنسبة لمقاييس البحث ألا و هي (مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش) و (مقياس التوافق الزواجي لسبانيه) و التي سنتطرق إليها بنوع من التفصيل فيما سيأتي، كما تمكنا خلال هذه الدراسة الأولية إلى معرفة مختلف أنماط تنظيم أوقات العمل، و أوقات العمل بالمناوبة ، و كذا الوقوف على الارغامات المهنية التي يواجهها ممارسي الصحة العمومية.

5-3 المنهج المستخدم في البحث :

يعرف المنهج بأنه: " الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة و للإجابة على الأسئلة و الاستفسارات التي يثيرها موضوع البحث و هو البرنامج الذي يحدد لنا السبيل للوصول إلى تلك الحقائق و طرق اكتشافها" (محمد شفيق، 2004).

و يدخل موضوع بحثنا في المجالات النفسية الاجتماعية لأننا نحاول من خلال هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي ، و عليه فإن الطريقة التي اتبعناها في هذا البحث للإجابة على أسئلته اعتمدت أساسا على المنهج الوصفي لأننا بصدد وصف و تشخيص الظاهرة موضوع البحث ، إذ يعتبر المنهج الوصفي كما يرى (زويلف و الطراونة، 1998) البداية التي تبدأ بها المناهج

البحثية الأخرى ، فهو يشمل على دراسة الظاهرة و بيان خصائصها و حجمها و كذا جمع المعلومات و تحليلها و استنباط الاستنتاجات لتكون أساسا لتفسيرها و توجيهها.

كما استعملنا كذلك المنهج الوصفي التحليلي الذي يمكن من خلاله تقديم تفسيرات و تحليلات منطقية لاستنتاج دلالاتها ، و عليه فطبيعة الدراسة استدعت الاستعانة بمنهجين لنتمكن في الأخير تعميم النتائج على مجتمع الدراسة ذو نفس الخصائص لعينة البحث الحالي.

5-4 أدوات البحث :

إن كلمة أداة من ناحية منهجية البحث العلمي تعني الوسيلة التي تستخدم لجمع بيانات البحث، و لدراسة متغيرات البحث الحالي للكشف عن الإنهاك النفسي(Burn – out) لدى ممارسي الصحة العمومية (أطباء و ممرضين) و كذا مستوى التوافق الزواجي (marital ajustement) تطلب الأمر استعمال أداتين لجمع البيانات هي :

- مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش (1981)
- مقياس التوافق الزواجي (Dyadic adystment scale (DAS لسبانيه

و سنتطرق إليها بالتفصيل فيما يلي :

5-4-1 مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش (1981) Maslach – Burnout inventory MBI :

صمم هذا المقياس لتحديد درجة الإنهاك النفسي عند عمال ينتمون إلى مهن القطاع الصحي خاصة (أطباء و ممرضين)، و المهن العلائقية عامة (التعليم، الشرطة ، ...إلخ) ، حيث اقترحه كل من (Maslach et Jackson) و طبق أصلا في البيئة الأمريكية لمهن القطاع الصحي (أطباء و ممرضين)، و مهن المساعدة أو العلائقية عامة (الأساتذة، المدرسين، الشرطة،...)، يقيس أعراض الإنهاك النفسي.

5-4-1-1 وصف المقياس :

ويتكون المقياس من 22 بند يسمح بعرض المستويات الثلاثة لتناذر الإنهاك النفسي و هي:

أ)- الإجهاد الانفعالي L'épuisement émotionnel:

وهو يقيس الإنهاك العضوي (التعب المزمن) ومدى استنفاذ الموارد الانفعالية في العمل، حيث يوصف على أنه شعور بالاستنزاف العاطفي المتواصل و المستمر في محيط العمل، و هو يعتبر أهم بعد من أبعاد الإنهاك النفسي و يمثل حجر الأساس في بناءه (السعدني 2005)، فهو يعتبر المكون الأكثر دلالة عن الإنهاك النفسي في وجهة نظر ماسلاش و آخرون، و يتميز بفقدان الطاقة و شعور الفرد بأن طاقته الانفعالية قد استهلكت وربما يترافق ذلك مع مشاعر التوتر و الإحباط (الأقرع 2008) ،و تذكر (مزياني 2007) أن Taris et al (1999) يروا أن الإنهاك الانفعالي يشير إلى "شعور الفرد بتوتر انفعالي زائر واستنزاف موارده الانفعالية" و يقاس عن طريق مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الفرد على هذا البعد.

ب)- نقص الشعور التعاطفي أو تبلد المشاعر (اللاشخصية) La dépersonnalisation :

و يقيس المشاعر السلبية و حتى التهكمية تجاه المرضى و الزملاء.

ج- تدني الشعور الإنجاز الشخصي La réduction de l' accomplissement personnel:

و يقيس أحاسيس عدم الفعالية المهنية والكفاءة وانخفاض تقدير و تحقيق الذات في العمل

(Maslach , Jackson & Leiter1996)

جدول رقم (06) توزيع بنود مقياس الإنهاك النفسي حسب أبعاده الثلاثة

المحور (البعد)	أرقام البنود
الإنهاك الانفعالي	20-16-14-13-8-6-3-2-1
نقص الشعور التعاطفي	22-15-11-10-5
نقص الإنجاز الشخصي في العمل	21-19-18-17-12-9-7-4

و تتراوح الإجابة على البنود من (مرات قليلة في السنة) إلى (كل يوم)، و يطلب من الشخص وضع علامة في الخانة المناسبة و التي تعبر عن تكرار الشعور لديه، و عند تصحيح استجابات الأفراد تعطى درجات من (0 الى 6) درجات بالنسبة لكل بند من بنود المقياس، كما تمنح درجات معكوسة لبنود البعد الخاص بتدني الشعور بالانجاز كالتالي:

5-4-1-2 كيفية التطبيق و التنقيط :

يطبق سلم الإنهاك النفسي بصفة فردية أو جماعية، و تتبع في ذلك التعليمة التالية:

(أشر بالعلامة (×) إلى الإجابة التي تراها مناسبة لديك، و نذكرك أنه لا يوجد إجابة خاطئة أو إجابة صحيحة) ، علما بان البنود موضوعة في جدول مرقم من 1 إلى 22 و يجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من 7 احتمالات تتراوح بين (0) أبدا إلى (6) أقصى درجة و هي دائما ، يضم هذا المقياس كما أسلفنا ذكره على ثلاثة (3) مستويات، و يتم تنقيط باستخدام أرقام تتراوح ما بين (0) و (6) لندل على درجة هذه الشدة حيث تعطى:

النقطة (0) للإجابة أبدا.
النقطة (1) للإجابة بعض الأحيان في السنة.
النقطة (2) للإجابة مرة واحدة في الشهر أو أقل.
النقطة (3) للإجابة بعض الأحيان في الشهر.
النقطة (4) للإجابة مرة في الأسبوع.
النقطة (5) للإجابة بعض الأحيان في الأسبوع.
النقطة (6) للإجابة دائما.

و يتم تصحيح المقياس بجمع إجابات كل مستوى على حدى و هذا للحصول على درجات و شدة كل بعد ثم يمكن ربط هذه النتائج لنحصل على شدة الإنهاك النفسي، كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (07) سلم تنقيط أبعاد مقياس الإنهاك النفسي حسب ماسلاش.

الأبعاد	منخفض	معتدل	مرتفع
الإجهاد الانفعالي	0 - 17	18 - 27	28 فما فوق
تبلد المشاعر	0 - 7	8 - 12	13 فما فوق
تدني الشعور الإنجاز الشخصي	40 فما فوق	32 - 39	0 - 31

إذن يفهم من الجدول أن الإجهاد الانفعالي المرتفع + تبلد المشاعر المرتفع + تدني الشعور بالانجاز الشخصي المرتفع = مستوى الإنهاك النفسي مرتفع.

و للحصول على جميع المعلومات يجب الإجابة على كل البنود بدون استثناء.

بعد الحصول على شدة كل مستوى نقوم بربط هذه النتائج و منه تحصل على شدة الإنهاك النفسيحيث:

***إنهاك مهني مرتفع:** إنهاك انفعالي مرتفع + فقدان الشعور التعاطفي مرتفع + الإنجاز الشخصي في العمل منخفض.

***إنهاك مهني متوسط:** شدة متوسطة في الأبعاد الثلاثة.

***إنهاك مهني منخفض:** إنهاك انفعالي منخفض + فقدان الشعور التعاطفي منخفض + الإنجاز الشخصي في العمل مرتفع.

5-4-1-3 شروط تطبيق المقياس حسب (Maslach, Jackson, leiter 1997)

يستغرق تطبيق مقياس (MBI) مابين (5) و(10) دقائق لكل فرد ولتفادي ميل وانحياز الأجوبة يستحسن أن يتم التطبيق في الظروف الآتية :

- **الإجابة الفردية:**

يجب أن تكون الإجابة في منأى عن الآخرين، بحيث تتم الإجابة على المقياس بشكل منفرد، ويستحسن أن يتم أخذ المقياس إلى المنزل بحيث يتم ملئه في وقت الفراغ ، هذا الإجراء يسمح بالإجابة بعيدا عن التأثر بحديث الأصدقاء والزملاء من جهة، ومن جهة أخرى يسمح باستكمال الإجابة على كل البنود.

- **الحفاظ على سرية المستجوب:**

نظرا لحساسية طبيعة بعض بنود المقياس، يجب أن يشعر المستجوبون بالراحة أثناء تعبيرهم عن مشاعرهم الحقيقية، لذلك من المستحسن أن تُحافظ على سرية المستجوب (Anonymous) (خلو الإستمارة من الإسم) بحيث يمكن استعمال الأرقام أو الرموز إذا تطلب الأمر ذلك .

- **تجنب الإشارة إلى الإنـهاك النفسي :**

تختلف أراء الأشخاص و اعتقاداتهم حول موضوع الإنهاك النفسي، وللحد من الأثر الرجعي لبعض هذه الاعتقادات أو التوقعات، يجب أن لا يعلم المستجوب أن هذا المقياس خاص بالإنهاك النفسي، لذلك يمكن تقديم المقياس على أنه خاص باتجاهات الفرد نحو عمله.

لا توجد أي مواصفات أو إجراءات تخص مطبق المقياس، غير أنه لا يجب أن يكون من طرف المشرف أو الإداري الذي له نوع من السلطة المباشرة على الفرد المجيب، وهذا لتفادي الضغط أو التحيز في الإجابة، لذلك يستحسن أن ينظر إلى المطبق على أنه شخص محايد .

الخصائص السيكومترية لمقياس الإنهاك النفسي:

5-4-1-4 صدق و ثبات المقياس الأصلي:

يتمتع المقياس الأصلي بمستوى جيد من الصدق وذلك من خلال دراسة كل من(Maslach & 1986) بتطبيق المقياس على عينة تتكون من 1316 مهني من القطاع الاجتماعي ، فتحصلنا على معاملات تناسق داخلي α Cronbach بالنسبة للسلالم التحتية الثلاثة كالتالي:

– الإنهاك الانفعالي : α = 0.90

– نقص الشعور التعاطفي : α = 0.79

– نقص الإنجاز الشخصي : α = 0.71

وقد كانت معاملات الثبات عن طريق تطبيق المقياس و إعادة تطبيقه بعد مرور أسبوعين إلى أربعة أسابيع ، على المستويات الثلاثة للمقياس كالآتي:

- بالنسبة للإنهاك الانفعالي. α = 0.82
- بالنسبة لنقص الشعور التعاطفي. α = 0.60
- بالنسبة لنقص الإنجاز الشخصي. α = 0.80

كما كانت معاملات الثبات الزمني بالنسبة للمستويات الثلاثة للمقياس على الترتيب 0.61 ، 0.56 و 0.59 بعد مرور سنة.

واهتم كل من (Dion & Tessier 1994) بدراسة صدق مقياس الإنهاك النفسي ل(Jackson و Maslach) بعد ترجمه للغة الفرنسية ، على عينتين مكونة من 260 مربية في روضة الأطفال و 123 ممرضة ، فكانت معاملات التناسق الداخلي و الثبات الزمني و الصدق العاملي و الصدق التناسقي، تؤكد الخصائص السيكومترية للمقياس المترجم إلى اللغة الفرنسية و هي كالتالي :

***التناسق الداخلي :**

كانت معاملات α Cronbach مشابهة لتلك التي تحصلت عليها(Jackson 1986 و Maslach) على المستويات الثلاثة للمقياس وهي :

– الإنهاك الانفعالي: α =0.90

- نقص الشعور التعاطفي : α =0.64

- نقص الإنجاز الشخصي : α =0.74

ومنه فقد أثبتت النتائج وجود علاقة معتدلة لكنها دالة بين المستويات الثلاثة للمقياس.

***الصدق العاملي :**

أخضعت المعطيات لتحليل عاملي بتدوير الفاريمكس Varimax Rotation كما فعلت واضعتا المقياس فكان معامل الصدق العاملي يقدر ب 0.86 و تجدر الإشارة إلى أن دراسات عديدة قد أثبتت الصدق العاملي للمقياس كدراسة (Belcastro & al , 1983 و Green & Walkey ,1988)

***الثبات الزمني :**

تم التأكد من الثبات الزمني بفحص الارتباطات بين المعطيات المحصل عليها و هذا بعد مرور سنة على التطبيق الأول فجاءت معاملات الارتباط Pearson كما يلي:

- الإنهاك الانفعالي: 0.56
- نقص الشعور التعاطفي: 0.50
- نقص الإنجاز الشخصي : 0.46

***الصدق التناسقي:**

تم مقارنة مقياس (MBI) المترجم إلى اللغة الفرنسية مع أربع مقاييس للصحة العقلية من بينها مقياس الاكتئاب ل Beck و مقياس الضغط النفسي ل(Tessier، Lemyre و Fillion 1990)، حيث افترضا ارتباطات معتدلة لكن دالة بين المستويات الثلاثة لمقياس الإنهاك و هذه المقاييس وجاءت معاملات التناسق الداخلي بالترتيب: 0.88 ، 0.63 و 0.78 بالنسبة لمستويات الإنهاك الانفعالي ، نقص الشعور التعاطفي و نقص الإنجاز الشخصي .

أما بالنسبة للصدق التناسقي فقد أظهر المقياس ارتباطات دالة تتراوح بين 0.38 إلى 0.67 مع مقاييس الصحة العقلية الأربعة بما فيها مقياس الاكتئاب و مقياس الضغط النفسي .

5-4-1-5 صدق و ثبات المقياس في البيئة العربية :

لقد أسفرت سلسلة من الأبحاث ثبت جدوى مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش (1981) – Maslach Burnout inventory MBI في الدراسات العربية حيث قام عدد من الباحثين باستخراج دلالات جيدة من الصدق للنسخة المعربة من المقياس، فقد قام دواني وزملاؤه المحكمين، وأبو هلال وسلامة (1992) بعرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المتخصصين ، بالإضافة إلى ذلك تحقق كل من الوابلي (1995)، محمد عبد الرحمان الطوالبة (1999) من صدق المقياس بعد ترجمته للغة العربية، بعرضه على عشرة محكمين للتأكد من صحة تعريبه ومناسبته لهدف الدراسة.

أما بالنسبة لثبات المقياس فقد توصلت الباحثة نوال بنت عثمان بن احمد الزهراني (2008) اثر دراستها لطبيعة العلاقة بين الإنهاك النفسي و بعض سمات الشخصية (الثبات الانفعالي – الاجتماعية – السيطرة – المسؤولية) لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة بحساب ثبات المقياس عن طريق استخراج معاملات الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس على حدة ، بالإضافة إلى الثبات الكلي للمقياس و كانت النتائج تدل على مستوى عالي من الثبات كالتالي:

الجدول رقم (08) قيم الاتساق الداخلي لمقياس الانهاك النفسي

الأبعاد	ألفا كرونباخ
الإجهاد الانفعالي	0.88
تبلد المشاعر	0.73
تدني الشعور الإنجاز الشخصي	0.86
الثبات الكلي	0.68

كما قام دواني وآخرون (1989) باستخراج معاملات الاتساق الداخلي لكل بعد من أبعاد المقياس وللمقياس ككل؛ حيث بلغت القيمة للإجهاد الانفعالي (0.80) ولتبلد الشعور (0.60)، ونقص الشعور بالإنجاز (0.86)، كما بلغ معامل الاتساق الداخلي للمقياس ككل (0.70).

وباستخدام نفس الطريقة قام أبو هلال وسلامة باستخراج معاملات الثبات لأبعاد المقياس، حيث كانت (0.84) لبعد الإجهاد الانفعالي، (0.76) لبعد تبلد الشعور ، (0.71) لبعد نقص الشعور بالإنجاز أما

في دراسة الوابلي (1990) فقد بلغت قيمة معاملات الثبات باستخدام معادلة ألفاكرونباخ للأبعاد الثلاثة على التوالي (0.83)، (0.72) و (0.86).

5-4-1-6 صدق و ثبات المقياس في المجتمع الجزائري :

لقد تم استخدام مقياس الإنهاك النفسي المعرب من طرف محمد عبد الرحمن طوالبه (1999) في عدة بحوث علمية كدراسة جلولي شتوحي نسيمة (2003) على ممرضي مستشفى مصطفى باشا، و ميهوبي فوزي (2007) على ممرضي القطاع الصحي بالجزائر العاصمة، كما طبق أيضا من طرف جرادي التيجاني (2007) على معلمي المدارس الابتدائية.

و قد تحققت الباحثة حاتم وهيبة، اثر دراستها لأثر الإنهاك النفسي لدى أطباء مصلحة الاستعجالات بمستشفيات العاصمة، من ثبات المقياس بحساب معامل التناسق الداخلي بين بنود هذا المقياس بالنسبة للمستويات الثلاثة (البنود التي تقيس الإنهاك الانفعالي، البنود التي تقيس نقص الشعور التعاطفي و البنود التي تقيس نقص الإنجاز الشخصي) على عينة أطباء قوامها 300 طبيب و طبيبة و كانت نتائج معاملات α Cronbach كالتالي :

بالنسبة للبنود التسعة (9) التي تقيس الإنهاك الانفعالي تحصلت على α = 0.77وهو دال إحصائياً على ثبات بنود هذا المستوى من المقياس.

بالنسبة للبنود الخمسة (5) التي تقيس نقص الشعور التعاطفي تحصلت على α = 0.69 وهو دال إحصائياً على ثبات بنود هذا المستوى من المقياس.

بالنسبة للبنود الثمانية (8) التي تقيس نقص الإنجاز الشخصي تحصلت على α = 0.74 وهو دال إحصائياً على ثبات بنود هذا المستوى من المقياس.

بالنسبة للبنود (22) المكونة للمقياس ككل، تحصلت على α = 0.74 والذي يدل على وجود اتساق داخلي جيد.

و قامت الباحثة أبقار فريدة (2007) اثر دراستها للاحتراق النفسي لدى مستشاري التوجيه المدرسي و المهني، بعرض المقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين من جامعة الجزائر، حيث أجمع المحكمين على صدق المقياس و صلاحيته للاستخدام على المجتمع الجزائري و وضوح العبارات و سلامة التعريب، كما قامت باستخراج معاملات الاتساق الداخلي لكل بعد من الأبعاد الثلاثة للمقياس و ذلك باستعمال معادلة كرونباخ على عينة استطلاعية مستقلة قوامها 20 مستشار، و قد بلغت معاملات الاتساق على التوالي: (0.87)، (0.58) ، (0.84) و (0.65) للمقياس ككل.

5-4-1-7 صدق و ثبات المقياس في البحث الحالي :

تم تفريغ بيانات الصالحة لغايات الدراسة و المستوفية الإجابة بعد التطبيق على العينة الاستطلاعية التي قوامها 36 فرد في الحاسب الآلي بغرض تحليلها و معالجتها عن طريق مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Science SPSS 18 و ذلك لإيجاد التحليلات الإحصائية التالية :

5-4-1-7-1 الصدق :

يشير الصدق على الدرجة التي يمكن فيها للمقياس أن يقدم معلومات ذات صلة بالقرار الذي سيبنى عليها وعلى مقدرته على قياس ما وضع من أجله أو السمة المراد قياسها ويعرف الصدق إحصائيا بأنه نسبة التباين الحقيقي المرتبط أو المنسوب للسمة المقاسة إلى التباين الكلي (سوسن شاكر الجلبي ، 2005) ، والاختبار الصادق يكون عادة اختبارا ثابتا لكن الاختبار الثابت قد لا يكون صادقا (مقدم عبد. الحفيظ 1993 ص 146)، ولتعيين معامل صدق المقياس تم الاعتماد على عدة طرق هي:

- **الأولى:** طريقة استطلاع آراء المحكمين.
- **الثانية:** طريقة مقارنة الأطراف في المقياس نفسه.
- **ثالثا:** طريقة الصدق الذاتي

أولا : طريقة استطلاع آراء المحكمين:

بالرغم من ثبوت صدق المقياس على المجتمع الجزائري من خلال الدراسات السابقة، الا أنها لم تتطرق الى صدق المحتوى للتحقق من صحة التعريب وكذا حول التعليمات وبدائل الإجابة، وبهدف التحقق من صدق المقياس لاستخدامه في الدراسة الحالية باستخدام طريقة الصدق المنطقي، أو ما يعرف بصدق المحتوى، وتعتمد هذه الطريقة على فكرة الصدق الظاهري ، بمعنى أنه من المطلوب أن يقدر الحكم المتخصص مدى علاقة كل بند من بنود المقياس بالسمة أو القدرة المطلوب قياسها (سعد عبد الرحمان، 1998).

وتم عرض المقياس على (ستة) محكمين من أساتذة علم النفس بكلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية بجامعة الجزائر لمعرفة آرائهم على النواحي التالية:

- مدى ملائمة البنود لخصائص العينة وهدف الدراسة.
- دقة البنود من حيث الصياغة اللغوية و وضوح المعنى من خلال هذه الصياغة.

وقد اتفق المحكمون على صلاحية الأداة، مع تقديم ملاحظات لتعديل بعض البنود (من الجانب اللغوي)، حيث كمثال تم تغيير عبارة مستنزف ب منهك في البند الأول (أشعر أنني استنزفت عاطفيا بسبب عملي) وتم أخذ ذلك بعين الاعتبار، و بناءا عليه فقد تم الاحتفاظ بكل البنود حيث العدد .

ثانيا :الصدق الذاتي:

بالإضافة إلى الطرق المستعملة لقياس صدق مقياس الإنهاك النفسي لدى عينة الدراسة الاستطلاعية تم الاعتماد على طريقة الصدق الذاتي الذي هو في الحقيقة يمثل العلاقة بين الصدق و الثبات ويقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار، وذلك كما يلي:

معامل الصدق الذاتي = (معامل ثبات الاختبار)$^{1/2}$

جدول رقم (09) نتائج معامل الصدق الذاتي لمقياس الإنهاك النفسي

الأبعاد	معامل الصدق الذاتي (معامل ثبات التجزئة النصفية) ½	معامل الصدق الذاتي (معامل ثبات ألفا كرونباخ) ½
الإجهاد الانفعالي	0.981	0.975
تبلد المشاعر	0.949	0.934
تدني الشعور الإنجاز الشخصي	0.956	0.967
معمل الصدق الكلي	0.782	0.71

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الصدق عالية و بالتالي يتميز مقياس الإنهاك النفسي بدرجة عالية من الصدق الذاتي أي يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

ثالثا :طريقة المقارنة الطرفية:

بعد التحقق من صدق المحتوى (طريقة المحكمين) تم تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية و تم استخدام صدق التمايز و يقصد به (عن إخلاص محمد عبد الحفيظ و مصطفى حسين باهي، 2000) قدرة الاختبار على التمييز بين الأفراد الذين يتمتعون بدرجة مرتفعة من الصفة أو السمة و بين من يتمتعون بدرجة منخفضة من نفس الصفة أو السمة، وتتم المقارنة الطرفية بإتباع طرق مختلفة إلا أن الطريقة التي تم الاعتماد عليها في هذا البحث هي مقارنة الثلث الأعلى من المقياس بدرجات ثلثه الأدنى و هذا بالنسبة للمقياس الكلي ، وفيه يقسم الاختبار إلى قسمين، ويقارن متوسط الثلث الأعلى في الدرجات بمتوسط الثلث الأقل في الدرجات، وأحيانا يقارن 27% من الأقوياء بمثلهم من الضعفاء، فإذا ثبت أن الأقوياء أقوياء في الاختبار و الميزان، وأن الضعفاء ضعاف في الاختبار والميزان، دل ذلك على أن درجة صدق الاختبار كبيرة (أحمد محمد الطيب،1999،ص 292).

وتتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين (متوسط الثلث الأعلى و متوسط الثلث الأدنى) و الجدول الأتي يمثل النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول رقم (10) نتائج قيمة " ت" للمقارنة الطرفية

الأبعاد	الثلث الأعلى		الثلث الأدنى		قيمة(t) المحسوبة	قيم (t) المجدولة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري				
الإجهاد الانفعالي	37.83	5.32	25.50	2.43	2.666	2.228	10	0.05
تبلد المشاعر	19.75	2.01	10.25	1.28	3.514	2.228	10	0.05
تدني الشعور الإنجاز	37.83	5.32	25.50	2.43	3.742	2.228	10	0.05
صدق المقياس الكلي	85	5.68	67.41	4.42	3.792	2.228	10	0.05

يتبين من خلال الجدول السابق أن الفروق بين المتوسطات لها دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 ، حيث جاءت قيمة (t) المحسوبة أكبر من (t) المجدولة عند درجة الحرية (11) و عليه فان الفروق دالة إحصائيا بين درجات الأفراد في الثلث الأعلى و درجات الأفراد في الثلث الأدنى و بالتالي فالمقياس صادق.

5-4-1-7-2 الثبات :

يشير ثبات الأداة إلى الإتساق والدقة وإمكانية الحصول على نفس النتائج بعد إجراءات تطبيق الأداة أكثر من مرة (معمرية،2002،ص195) ،و لقياس معامل ثبات مقياس الإنهاك النفسي تم الاعتماد الطرق التالية:

أولاً: التجزئة النصفية:

و تتم هذه الطريقة بتقسيم الاختبار بعد تطبيقه مرة واحدة إلى قسمين متبعين في ذلك مثلا التقسيم على أساس الفقرات الفردية والزوجية ، ويمكن أيضا الرجوع إلى تقسيم الجزأين إلى طريقة التوزيع العشوائي، وبعد تطبيق الاختبار يتم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد في الجزأين ، وتصحيح هذا المعامل يكون بإستخدام معادلة سبيرمان براون ، وذلك للحصول على معامل الثبات ككل (مزيان، 1999، ص 87).

و منه تم تجزئة أبعاده الاختبار الثلاثة كل على حدة إلى بنود فردية / زوجية ثم تم حساب معامل الارتباط Pearson بين الجزأين و الذي يمثل معامل ثبات نصف الاختبار ثم عدل هذا المعامل بواسطة معادلة سبيرمان− براون ليصبح معامل الثبات الكلي، وتم تقسيم الاختبار إلى فقراته الفردية والزوجية كما يلي:

1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21
2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22

ثم استخدمت درجات النصفين، في حساب معامل الارتباط بينهما، فنتج معامل ثبات نصف الاختبار(ر½)، ويلي ذلك استخدام معادلة سبيرمان براون Spearman Brown لحساب معامل ثبات الاختبار كله وهي:

$$ر_1 = \frac{2 ر_{½}}{1+ ر_{½}}$$

حيث أن

2: عدد أقسام الاختبار.

ر½: معامل الارتباط بين نصفي الاختبار.

ر1 : معامل ثبات الاختبار كله.

وقد تم استخراج هذا المعامل، باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، فكان معامل ارتباط نصف الاختبار الكلي يساوي 0.49 و بعد تصحيحه بواسطة معادلة سبيرمان− براون أصبح يساوي (0.61) حيث:

$$0.61 = \frac{0.441 \times 2}{0.441 + 1}$$

جدول رقم (11) نتائج معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية

الأبعاد	معامل ثبات نصف البعد	معامل الثبات المعدل
الإجهاد الانفعالي	0.931	0.964
تبلد المشاعر	0.822	0.902
تدني الشعور الإنجاز الشخصي	0.842	0.914
معمل الثبات الكلي	0.441	0.612

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات دالة عند مستوى (0.01) مما يدل على ثبات الأداة .

ثانياً: طريقة الف كرونباخ:

تم الاعتماد على معامل ألفا كرونباخ و الذي يعتبر من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة ومعامل الفا يربط ثبات الاختبار بتباين بنوده فازدياد نسبة تباينات البند بالنسبة إلى التباين الكلي يؤدي إلى انخفاض معامل الثبات ، كما يرتبط معامل الفا أيضا بالخطأ المعياري للمقياس

ويمكن حساب الخطأ المعياري للمقياس بضرب – 1 في تباين الدرجات واستخراج الجذر التربيعي له (معمرية 2002 ص 214)، والجدول الآتـي يوضح قيم معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد على إنفراد وللمقياس ككل:

جدول رقم (12) معامل ثبات ألفا كرونباخ للأبعاد و المقياس ككل.

الأبعاد	عدد الفقرات لكل بعد	قيمة ألفا
الإجهاد الانفعالي	09	0.952
تبلد المشاعر	05	0.873
تدني الشعور الإنجاز الشخصي	08	0.937
الثبات الكلي للاحتراق النفسي	22	0.505

تشير البيانات في الجدول رقم (2) إلى قيم معامل الثبات لإجابات المبحوثين، حيث أن قيم معامل الثبات الفا كرونباخ جاءت مرتفعة دالة احصائيا على مستوى الأبعاد الثلاثة و كذا على مستوى المقياس ككل وهي قيم تدل على ثبات المقياس عند مستوى الدلالة (0.05).

بناء على ما تقدم، يمكن **تلخيص اختبارات الصدق والثبات** التي أجريت على العينة الاستطلاعية بعد تم تطبيق مقياس الانهاك النفسي عليها في الجدول الآتـي:

جدول رقم (13) ملخص الاختبارات السيكومترية لصدق وثبات مقياس الإنهاك النفسي

الاختبار	الدرجة	الدلالة
(أ) الصـــدق		
الصدق الذاتي	0.71 و 0.78	دالة
المقارنة الطرفية	T= 3.792	دالة
(ب) الثبــات		
(2) معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية	0.61	دالة
(3) معامل الفا كرونباخ	0.50	دالة

يستنتج مما سبق أن مقياس الانهاك النفسي المستعمل في الدراسة الحالية وفى بالشروط السيكومترية للاختبار الجيد، وأنه يفي بأغراض الدراسة.

5-4-2 مقياس التوافق الزواجي Dyadic adystment scale (DAS) :

المؤلف: غراهام سبانييه Graham spanier

تعريب : الدكتورة بلميهوب كلثوم (جامعة الجزائر)

الهدف : يقيس نوعية الزواج أو مدى تشابه الزوجين.

5-4-2-1 وصف المقياس :

يتكون المقياس من 32 بندا لقياس نوعية العلاقة كما يدركها الأزواج ، ويخدم هذا المقياس عدة أغراض فيمكن استخدامه كمقياس عام للرضى عن العلاقات الحميمية باستخدام النقطة الكلية، ويمكن تكييف الاختبار لاستخدامه في المقابلة ، كما يبين التحليل العاملي على تضمنه لأربعة عوامل تمثل أربعة مظاهر للعلاقة الزوجية موظحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (14) توزيع بنود مقياس التوافق الزواجي حسب الأبعاد

الأبعاد	البنود
الرضا بين الطرفين dyadic satisfaction	16,17,18,19,20,21,22,23,31,32
الانسجام بين الطرفين Dyadic cohesion	24,25,26,27، 28
الإجماع بين الطرفين Dyadic consensus	من 1 الى 15 ما عدا 4 و 6
التعبير عن العواطف Affectional expression	4,6,29,30

<u>المعايير :</u>

لقد تم وضع هذا المقياس على عينة من المتزوجين عددها 218 و أشخاص مطلقين عددهم 94 متوسط أعمارهم 35.1 سنة بينما متوسط أعمار المطلقين 30.04 سنة، متوسط مدة الزواج عند عينة المتزوجين 13.02 و 50 بالنسبة لعينة المطلقين، متوسط النقطة النهائية على الاختبار 114.8 بالنسبة للمتزوجين بانحراف معياري 17.08 و 70.7 بالنسبة للمطلقين وبانحراف معياري 23.8

5-4-2-2 طريقة تصحيح المقياس :

يطبق المقياس بصفة فردية ، و تتبع في ذلك التعليمة التالية:

يشار بالعلامة (×) إلى الإجابة المناسبة ، علما بان البنود موضوعة في جدول مرقم من 1 إلى 32 و يجيب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من عدة احتمالات متدرجة ، تعطى علامة لكل احتمال على النحو التالي:

الجدول رقم (15) سلم تنقيط مقياس التوافق الزواجي حسب مصمم المقياس

البنود	احتمالات الأجوبة						
	دائما نتفق	معظم الأوقات نتفق	أحيانا نختلف	كثيرا ما نختلف	معظم الأوقات نختلف		دائما نختلف
من البند رقم 01 إلى البند رقم 15	**05**	**04**	**03**	**02**	**01**		**00**
	كل الوقت	معظم الوقت	مرات كثيرة	أحيانا	نادرا		أبدا
البنود رقم 22/21/20/17/16	**00**	**01**	**02**	**03**	**04**		**05**
البندين رقم 18 و 19	**05**	**04**	**03**	**02**	**01**		**00**
	كل يوم	معظم الأيام	أحيانا	نادرا	أبدا		
البند رقم 23	**04**	**03**	**02**	**01**	**00**		
	كلها	معظمها	البعض منها	القليل جدا منها	ولا واحد منها		
من البند رقم 24 إلى البند رقم 28	**04**	**03**	**02**	**01**	**00**		
	نعم			لا			
البندين رقم 29 و 30	**01**			**03**			
	منتهى التعاسة	تعيس قليلا	تعيس	سعيد	جد سعيد	منتهى السعادة	الكمال
البند رقم 31	**00**	**01**	**02**	**03**	**04**	**05**	**06**
	الخيار الأول	الخيار الثاني	الخيار الثالث	الخيار الرابع		الخيار الخامس	الخيار السادس
البند رقم 32	**05**	**04**	**03**	**02**		**01**	**00**

الدرجة النهائية هي مجموع كل البنود التي تتراوح بين 0 و 151 نقطة ، الدرجات المرتفعة تدل على علاقة جيدة ، كما تسفر الدرجة دون المئة (100 نقطة) على عدم التوافق الزواجي ، (بلميهوب كلثوم 2004).

5-4-2-3 ثبات المقياس الأصلي :

يتمتع المقياس الأصلي حسب دراسة مصممه بمعامل ثبات مرتفع حيث الفا تساوي 0.96 ، كذلك مقاييسه الفرعية حيث معامل الثبات الفا يساوي بالترتيب 0.94 ، 0.81 ، 0.90 و 0.93 (DS.DCOH.DCON.AE)

كما تحقق الباحث (Gilles Trudel 2008، ص33) من ثبات المقياس المترجم الى اللغة الفرنسية من طرف (Baillargeon et al 1986) عن طريق معامل ألفا كرونباخ الذي قدر ب 0.82 ، كما قدر معمل الاتساق الداخلي ب 0.91 ، و يأكد الباحث (Beaudry & Boisvert, 1988) أن مقياس التوافق الزواجي لسبانيه يعتبر من أفضل الاختبارات لقياس المشاكل الزوجية.

5-4-2-4 صدق المقياس الأصلي :

تم التحقق من صدق الاختبار حسب مصممه عن طريق صدق المضمون كما اظهر الاختبار القدرة على التمييز بين المجموعتين المتناقضتين أي المتزوجين والمطلقين في كل بند ، كما أن المقياس له معامل ارتباط مرتفع مع اختبار التوافق الزواجي الذي وضعه لوك والاس.(SPANIER 1976)

5-4-2-5 صدق و ثبات المقياس في المجتمع الجزائري :

تم الاستناد لنتائج دراسة الدكتورة بلميهوب كلثوم (2004) لعوامل الاستقرار الزواجي على عينة من الأزواج المضطربين و العير مضطربين زواجيا، حيث استخدمت الباحثة قصد التحقق من صدق المقياس بعد تعريبه لطريق الصدق المرتبط بالمحك ، والمحك الذي تم استخدامه هو محك المجموعات المتناقضة حيث يكون هناك فرقا جوهريا له دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعتين اللتين تمثلان طرفي منحنى التوزيع للخاصية التي يقيسها الاختبار، وقد تمثلت المجموعات المتناقضة بمجموعة المتوافقين وعددها 40 ومجموعة الغير متوافقين وعددها 37 بحيث تم تطبيق على المتزوجين المستقرين وعلى المتزوجين الذين هم على حافة الطلاق وبعد المقارنة بين نتائج المجموعتين كانت الفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة .001

كما تم استخدام صدق المحتوى بحيث تم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة من مختلف جامعات الوطن وذلك في الملتقى الوطني الذي نظمه قسم علم النفس جامعة قسنطينة ، 1999 حيث اتفق الأساتذة على سلامة التعريب و أن المقياس يقيس ما وضع لقياسه وأنه يصلح للتطبيق على المجتمع الجزائري كما أن معاملات الارتباط كلها دالة إحصائيا.

أما بالنسبة للثبات فقد استعملت الباحثة معامل الفا كرونباخ بعد تطبيق المقياس المعرب على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية المتكونة من 77 فردا من المتزوجين 21 من الإناث المتوافقات و 19 من الإناث الغير متوافقات و 19 من الذكور المتوافقين و 18 من الذكور الغير متوافقين ، و كان معامل ثبات المقياس

0.94 ، نلاحظ أن المقياس ثابت وصادق مما يجعله صالح للاستعمال في الوسط الجزائري ، و منه تتبنى الدراسة الحالية نتائج دراسة الباحثة بلميهوب كلثوم من جامعة الجزائر.

5-4-2-6 صدق و ثبات المقياس في الدراسة الحالية :

أ/ الصدق :

بالرغم من ثبوت صلاحية المقياس في دراسة الباحثة بلميهوب ، فضل الطالب التأكد من صلاحية المقياس على عينة الدراسة الحالية، حيث أنه لم يسبق و أن طبق المقياس على ممارسو الصحة العمومية و لذلك تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية، وكانت نتائج اختبارات الصدق كالآتي :

طريقة صدق التكوين :

ثم حساب معاملات الارتباط بين كل بعد والمقياس ككل (صدق التكوين) فكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (16) معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس والدرجة الكلية

الأبعـاد	قيمة معامل الارتباط
الرضا بين الطرفين	0.943
الانسجام بين الطرفين	0.834
الإجماع بين الطرفين	0.952
التعبير عن العواطف	0.729

يتضح من الجدول رقم (16) أن هناك ارتباطا ايجابيا دال احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ، بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، مما يدلل على صدق المقياس في قياس لما وضع لأجله.

طريقة الصدق الذاتي :

كما تم التحقق من لصدق المقياس بالاعتماد على طريقة الصدق الذاتي الذي هو في الحقيقة يمثل العلاقة بين الصدق و الثبات ويقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار، وذلك كما يلي:

معامل الصدق الذاتي = (معامل ثبات الاختبار)½

جدول رقم (17) نتائج معامل الصدق الذاتي (معامل ثبات الاختبار)½

الأبعاد	معامل الصدق الذاتي (معامل ثبات التجزئة النصفية) ½	معامل الصدق الذاتي (معامل ثبات ألفا كرونباخ) ½
الرضا بين الطرفين	0.976	0.944
الانسجام بين الطرفين	0.931	0.852
الإجماع بين الطرفين	0.986	0.943
التعبير عن العواطف	0.682	0.931
معمل الصدق الكلي	0.986	0.973

يتضح من الجدول (17) أن معاملات الصدق عالية و بالتالي يتميز مقياس الإنهاك النفسي بدرجة عالية من الصدق الذاتي أي يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.

ب/ الثبات :

طريقة التجزئة النصفية :

تم التحقق من ثبات مقياس التوافق الزواجي باستعمال التجزئة النصفية، حيث تم تجزئة المقياس إلى بنود فردية / زوجية ثم تم حساب معامل الارتباط Pearson بين الجزأين و الذي يمثل معامل ثبات نصف الاختبار ثم عدل هذا المعامل بواسطة معادلة سبيرمان– براون ليصبح معامل الثبات الكلي :

$$ر_1 = \frac{2\ ر_{½}}{1+ ر_{½}}$$

حيث أن

2: عدد أقسام الاختبار.

ر½: معامل الارتباط بين نصفي الاختبار.

ر1 : معامل ثبات الاختبار كله.

وقد تم استخراج هذا المعامل، باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS، فكان معامل ارتباط نصف الاختبار الكلي يساوي 0.49 و بعد تصحيحه بواسطة معادلة سبيرمان– براون أصبح يساوي (0.974) حيث:

$$0.974 = \frac{0.953 \times 2}{0.953 + 1}$$

جدول رقم (18) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس التوافق الزواجي

الأبعاد	معامل ثبات نصف البعد	معامل الثبات المعدل
الرضا بين الطرفين	0.913	0.954
الانسجام بين الطرفين	0.529	0.692
الإجماع بين الطرفين	0.947	0.973
التعبير عن العواطف	0.304	0.466
معمل الثبات الكلي	0.953	0.974

وكلها معاملات ثبات دالة عند مستوى (0.01) مما يدل على ثبات الأداة .

<u>طريقة الف كرونباخ:</u>

تم الاعتماد على معامل ألفا كرونباخ و الذي يعتبر من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار والجدول الآتي يوضح قيم معاملات ألفا كرونباخ لكل بعد على إنفراد وللمقياس ككل:

جدول رقم (19) معامل ثبات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس التوافق الزواجي

الأبعاد	عدد الفقرات لكل بعد	قيمة ألفا
الرضا بين الطرفين	10	0.892
الانسجام بين الطرفين	05	0.726
الإجماع بين الطرفين	13	0.890
التعبير عن العواطف	04	0.868
الثبات الكلي للاحتراق النفسي	32	0.948

تشير البيانات في الجدول رقم (19) إلى قيم معامل الثبات لإجابات المبحوثين، حيث أن قيم معامل الثبات الفا كرونباخ جاءت مرتفعة دالة احصائيا على مستوى الأبعاد الثلاثة و كذا على مستوى المقياس ككل وهي قيم تدل على ثبات المقياس عند مستوى الدلالة (0.05).

بناء على ما تقدم، يمكن **<u>تلخيص اختبارات الصدق والثبات</u>** التي أجريت على العينة الاستطلاعية بعد تم تطبيق مقياس التوافق الزواجي عليها في الجدول الآتـي:

جدول رقم (20) ملخص الاختبارات السيكومترية لصدق وثبات مقياس التوافق الزواجي

الاختبار	الدرجة	الدلالة
(أ) الصـــدق	/	/
صدق التكوين	0.94 ، 0.83 ، 0.95 و 0.72	دالة
الصدق الذاتي	0.97 و 0.98	دالة
(ب) الثبــات	/	/
(2) معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية	0.97	دالة
(3) معامل الفا كرونباخ	0.94	دالة

يستنتج مما سبق أن أداة الدراسة (مقياس التوافق الزواجي) أوفت بالشروط السيكومترية للاختبار الجيد، وأنها تفي بأغراض الدراسة.

5-5 العينة البحث الأساسية:

5-5-1 طريقة اختيار العيّنة :

في بحثنا وفي البحوث التي تعرف نفس خصوصياته ، يجب على الباحث أن يتحرى الطرق السليمة و السديدة التي من شأنها أن تسهل انتقاء أفراد العينة، وبما أن موضوع بحثنا يتعلق بالأطباء و الممرضين العاملين بمصالح الاستعجالات و مصلحة الجراحة العامة و كذا مصلحة الإنعاش لثلاث مستشفيات جامعية بالجزائر العاصمة ، كان علينا الاتصال بإدارات المستشفيات ، حيث واجهنا صعوبات ناتجة عن العراقيل الإدارية ، فكثيرا ما يجد الباحثين أنفسهم أمام إكراهات عديدة، ومن هذه الإكراهات صعوبة الانضباط بتحقيق كل الشروط لاختيار عينة عشوائية كما تنص عليه الخطوات المنهجية المعروفة كاستعمال القرعة أو الدولاب أو جداول الأرقام العشوائية ، ولذا تم استعمال المعاينة القصدية، حيث كان توزيع أدواة البحث عن طريق الباحث مباشرة (يد بيد) أو بالاعتماد على بعض الزملاء ، الذين عملوا كوسائط بين الباحث وبين أفراد العينة ، وكان اختيار العينة بالطريقة الغير احتمالية و نعني بها طريقة المتطوّعين ، وقد أكد العديد من الباحثين أمثال Gauthier & al (1982) ، شيوع استعمال هذه الطريقة في العديد من مجالات علم النفس خاصة المجالات

التي تكون فيها التجربة مؤلمة أو صعبة وعليه فإن الأفراد الذين رغبوا في المشاركة و تطوعوا للإجابة على المقياس اعتبروا من العينة و لذلك يجب توخي الحذر فيما يخص تعميم نتائج البحث على مجتمع الدراسة بل النتائج التي سيتم الحصول عليها تتعلق فقط بمجتمع له الخصائص نفسها لعينة البحث الحالي.

5-5-2 حجم العيّنة :

بما أنّنا نعمل على فحص الفروق لدى عيّنة من ممارسين الصحة العمومية الجزائرية (الممرضين و الأطباء) (ذكور/إناث) فيما يلي : علاقة الإنهاك النفسي بالتوافق الزواجي تَطلب منّا هذا تطبيق مقياسين هما:

- مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش
- مقياس التوافق الزواجي لسبانيه

حيث قمنا بتوزيع أدوات الدراسة على 540 فرد من الأطباء و الممرضين العاملين بمستشفيات العاصمة موزعين بانتظام على المستشفيات الثلاثة كالتالي:

جدول رقم (21) توزيع أدوات جمع البيانات على عينة البحث الأولية

الجنس	المصلحة	المهنة	مستشفى بني مسوس	مستشفى باب الوادي	مستشفى مصطفى باشا	المجموع
ذكور	الاستعجالات	طبيب	15	15	15	45
		ممرض	15	15	15	45
	الانعاش	طبيب	15	15	15	45
		ممرض	15	15	15	45
	الجراحة العامة	طبيب	15	15	15	45
		ممرض	15	15	15	45
إناث	الاستعجالات	طبيبة	15	15	15	45
		ممرضة	15	15	15	45
	الانعاش	طبيبة	15	15	15	45
		ممرضة	15	15	15	45
	الجراحة العامة	طبيبة	15	15	15	45
		ممرضة	15	15	15	45
المجموع			180	180	180	***540***

وبعد عملية التصفية تقلّص العدد بسبب عدم إرجاع البعض منهم المقاييس ، و كذا عدم إستوفاء البعض الآخر لكل الشروط المطلوبة لملئ تلك المقاييس ، و لكي يتسنى لنا ضبط بعض الخصائص و المميّزات الشخصية و المهنية لجعل عينة الدراسة متجانسة كي لا تتأثر نتائج الدراسة بتلك العوامل الدخيلة حاولنا ضبط المتغيرات الدخيلة عن طريق جعل خصائص العينة مشتركة نوعا ما ، حيث لم يتم الأخذ بعين الاعتبار الأشخاص اللذين لم تتجاوز مدة زواجهم سنتين (بالنسبة للمتزوجين) و كذا اللذين لا تتجاوز مدة الأقدمية في المنصب سنة ، لأن مخلفات الانهاك النفسي لا تظهر في السنة الأولى حسب دراسة (beesse et al 1992)، كما لم نأخذ بعين الاعتبار فئة المطلقين و الأرامل لعدم توفر العدد اللازم حيث كانوا يمثلوا إلا 3.56 من عينة البحث، و بالتالي فأبقينا على 206 ممارس من أصل 501 نسخة مسترجعة بواقع 92 ذكور و 114 إناث موزعين كالتالي:

جدول رقم (22) توزيع أفراد عينة البحث الأساسية و النهائية

الجنس	المصلحة	المهنة	مستشفى بني مسوس	مستشفى باب الوادي	مستشفى مصطفى باشا	المجموع
ذكور	الاستعجالات	طبيب	3	3	5	11
		ممرض	6	3	7	16
	الانعاش	طبيب	2	8	4	14
		ممرض	1	6	7	14
	الجراحة العامة	طبيب	4	4	5	13
		ممرض	6	12	6	24
إناث	الاستعجالات	طبيبة	6	7	5	18
		ممرضة	7	16	11	34
	الانعاش	طبيبة	1	1	2	4
		ممرضة	7	6	9	22
	الجراحة العامة	طبيبة	3	8	5	16
		ممرضة	6	6	8	20
المجموع			52	80	74	***206***

كما يجدر بنا أن نذكر أن تطبيق المقاييس تم من خلال حضورنا لتلك المصالح ليلا و نهارا و كذا مساعدة بعض الزملاء لنا في الدراسة في توزيعها على الأطباء العاملين في فروع المصلحة ، أمّا البعض الآخر فقد تحصلنا عليه بفضل يد عون الوسطاء ومساعدتهم لنا.

5-6 أسلوب التحليل و المعالجة الإحصائية :

سوف نتبع في هذه الدراسة المنهج الإحصائي الوصفي الاستدلالي و يتمثل في مجموعة الأساليب المتنوعة المستعملة لجمع المعطيات الإحصائية و تحليلها رياضيا لغرض إظهار الاستدلالات العلمية التي قد تبدو في الغالب غير واضحة ، و تتلخص خطوات المنهج الإحصائي في النقاط التالية:

1- جمع البيانات.

2- تنظيمها بالتبويب أو الترتيب في جداول.

3- تمثيلها أو عرضها.

4- تحليلها.

5- تفسيرها و قراءة ما تنطوي عليه من معان.

6- تلخيصها.

(الحليمي، 1995 ، ص 24)

بعد مرحلة تطبيق المقاييس النفسية المذكورة سابقا، و للتأكد من صحة أو خطأ الفرضيات تم تفريغ و تبويب البيانات الصالحة لغايات الدراسة و المستوفية الإجابة في الحاسب الآلي بغرض تحليلها و معالجتها عن طريق مجموعة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية

SPSS 18 Statistical Package For Social Science و ذلك لإيجاد التحليلات الإحصائية التالية :

- التكرارات و النسب المئوية لوصف الخصائص الشخصية لأفراد الدراسة و كذلك لوصف البيانات.
- استخراج مقاييس النزعة المركزية و التشتت حيث تم حساب المتوسط الحسابي لمعرفة مدى تماثل أو اعتدال صفات أفراد العينة و كذا حساب الانحراف المعياري لمعرفة طبيعة توزيع أفراد العينة و مدى انسجامها.
- معامل الارتباط لبيرسون لاختبار صحة الفرض الثالث
- تم استخدام اختبار (ت) t – test لاختبار صحة الفرض الثاني

- تحليل التباين ANOVA : و تكمن أهميته الإحصائية في مقارنة العينات و المجموعات و معرفة مدى تجانسها أو تباينها و اختلافها.
- حساب $ك^2$ لمعرفة فيما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مختلف مستويات الإنهاك النفسي
- اختبار T لعينتين مستقلتين ومتجانستين لدلالة الفروق بين متوسطات أبعاد الإنهاك النفسي لدى الجنسين (ذكور ، إناث).
- اختبار (T) لعينة واحدة لمقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة والقيمة الإختبارية للمستويات المرتفعة لأبعاد الإنهاك النفسي.

الفصل السادس
عرض نتائج الدراسة

6-1 عرض الخصائص العامة لأفراد عينة البحث

6-2 عرض نتيجة السؤال الأول

6-3 عرض نتيجة السؤال الثاني

6-4 عرض نتيجة السؤال الثالث

6-5 عرض نتيجة السؤال الرابع

6-6 عرض نتيجة السؤال الخامس

6-7 عرض نتيجة السؤال السادس

خلاصة الفصل

تمهيد :

في هذا الفصل سنشرع بإذن الله في عرض النتائج التي توصلت إليه الدراسة الحالية بشكل مفصل، حيث تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة علاقة الإنهاك النفسي بالتوافق الزواجي لدى ممارسي الصحة العمومية ، لذا قمنا بتطبيق مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش ، كما قمنا بتطبيق مقياس التوافق الزواجي لسبانييه ، يتناول ، وقد تم عمل التحليلات الإحصائية بواسطة الحاسب الآلي وباستخدام البرنامج الإحصائي spss، ففي البداية تطرقنا إلى عرض وصفي تحليلي للنتائج و هي نقطة البداية في عملية التحليل ، بذلك يعتبر هذا الفصل الجزء الحيوي من البحث، لأنه يقدم الأدلة الإحصائية المنطقية و يحللها كما يتضمن عرضًا لتوصيات الدراسة وبعض البحوث المقترحة.

و في البدء تم الاعتماد على وسائل الإحصاء الوصفية لوصف خصائص عينة البحث الأساسية و هي كما يلي :

6-1 عرض الخصائص العامة لأفراد عينة البحث:

ارتأينا الإشارة إلى أننا قمنا بضبط أهم الخصائص و المميّزات الشخصية و المهنية كي لا تتأثر نتائج الدراسة بتلك العوامل الدخيلة ، توصلنا من خلال المعالجة الإحصائية إلى معرفة قيم كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية وكذا النسب المئوية، والتي سيتم عرضها على شكل بيانات أولية ، و تتمثل خصائص عينة البحث الحالي في : الجنس ، السن ، الحالة المدنية ، الأقدمية في المنصب الحالي ، المهنة ، المصلحة و المؤسسة الاستشفائية ، و هي على النحو التالي:

6-1-1 متغير الجنس : يوضح الجدول الموالي الإحصاء الو صفي لجنس عينة البحث

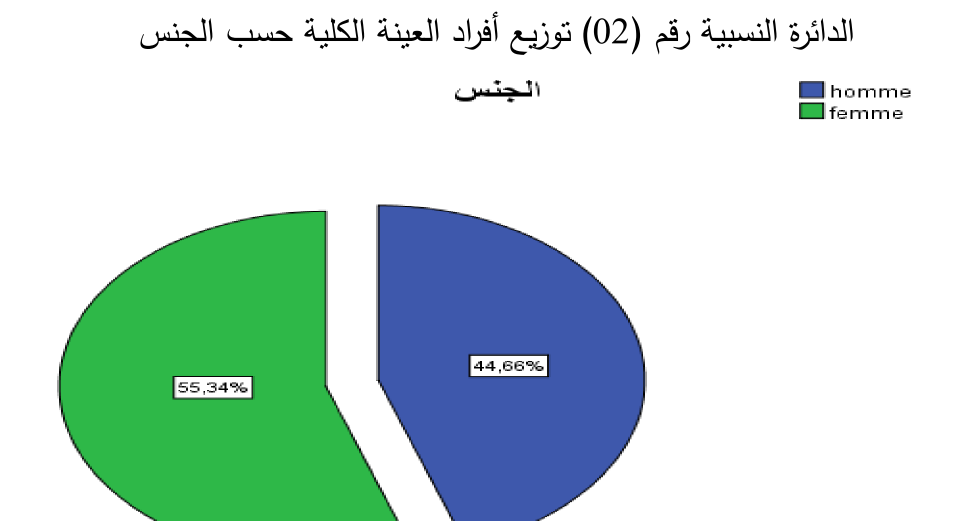
الجدول رقم (23) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	92	% 44.7
إناث	114	% 55.3
المجموع	206	% 100

حسب الأرقام و النّسب المرفقة في الجدول رقم (23)، فإن توزيع العيّنة حسب الجنس لم يكن بالتّساوي حيث بلغ عدد الذكور 92 وعليه كانت النسبة 44.66 % ، و بلغ عدد الإناث 114 أي ما يعادل نسبة 55.34

% وهذا يعني أن نسبة الإناث أكبر من نسبة الذكور، و هذا راجع إلى توجه الإناث المتزايد نحو مهنة الطب و التمريض.

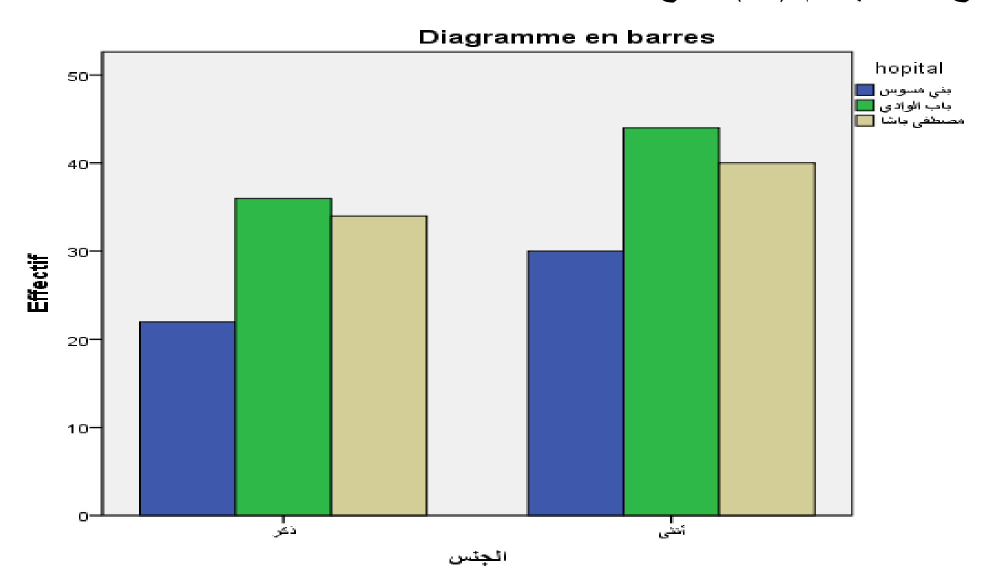
الدائرة النسبية رقم (02) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الجنس



الجدول رقم (24) توزيع أفراد العينة حسب الجنس و المؤسسة الإستشفائية

الجنس	مستشفى باب الوادي	مستشفى مصطفى باشا	مستشفى بني مسوس	المجموع
الذكور	36	34	22	92
الإناث	44	40	30	114
المجموع	80	74	52	206

المدرج التكراري رقم (03) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الجنس و المؤسسة الاستشفائية



حسب الأرقام و النّسب المرفقة في الجدول رقم (24) ينضح أن توزيع أفراد العينة معتدلا نسبيا بين المستشفيات .

6-1-2 السن :

يوضح الجدول الموالي الإحصاء الوصفي لسن عينة البحث

الجدول رقم (24) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية

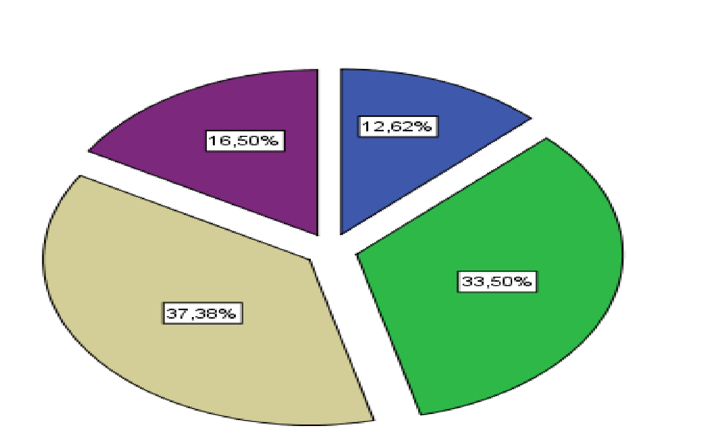
السن	العدد	النسبة المئوية	متوسط السن	الانحراف المعياري
30-25	26	% 12.6	36.11	4.84
35-31	69	% 33.5		
40-36	77	% 37.4		
45-41	34	% 16.5		
المجموع	206	% 100		

تحتوي عينة البحث الأساسية على أغلب شرائح الأعمار المهنية و حسب الأرقام المرفقة في الجدول رقم (24)، فان أغلب أفراد العينة تتمركز في الفئتين من 31 إلى 35 سنة و من 36 إلى 40 سنة حيث قدّرت النّسبة على التوالي ب 33.5 % و 37.4 % أي أن أكبر فئة عمرية هي فئة الشباب الذين هم في أوج عطائهم.

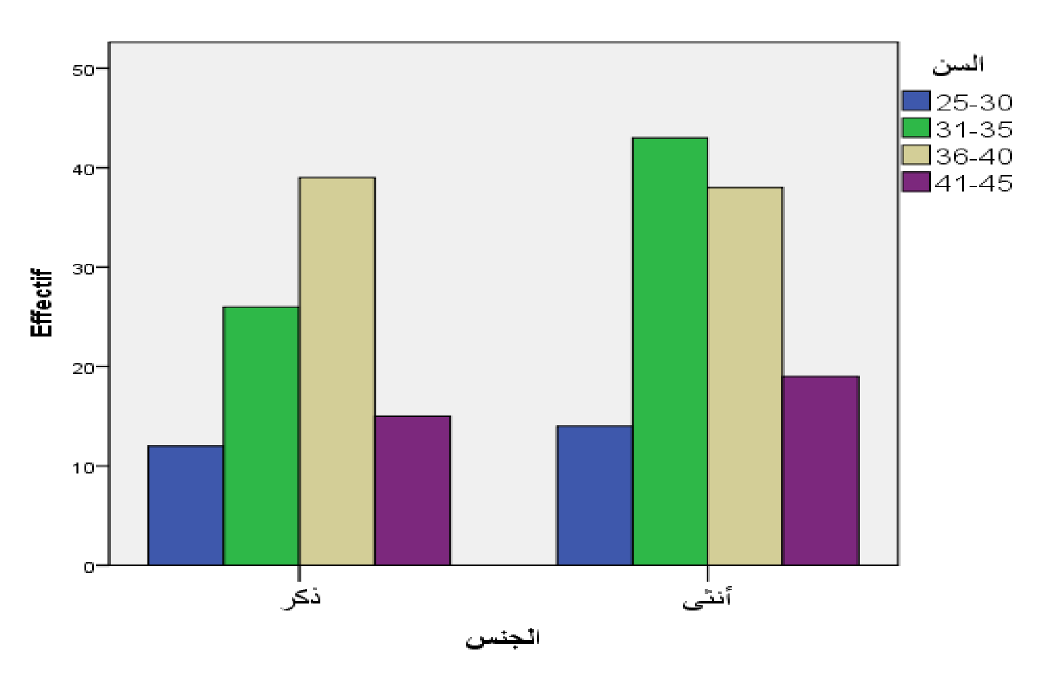
الجدول رقم (25) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الجنس و الفئة العمرية

الجنس	السن				المجموع
	41-45	36-40	31-35	25-30	
ذكر	15	39	26	12	92
أنثى	19	38	43	14	114
المجموع	34	77	69	26	206

الدائرة النسبية رقم (04) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الفئة العمرية



المدرج التكراري رقم (05) توزيع أفراد العينة حسب الفئة العمرية و الجنس



يتضح بالنسبة لتوزيع أفراد العينة حسب الجنس و الفئة العمرية (الجدول رقم 25)، و المدرج التكراري رقم (05) الاعتدال النسبي لمتغير الجنس من حيث التوزيع في الفئات العمرية ، ما عدى الفئة من 31 إلى 35 سنة فكانت الأغلبية للإناث ب 43 فرد مقابل 26 للذكور.

6-1-3 الحالة العائلية:

يوضح الجدول الموالي الإحصاء الو صفي لعينة البحث حسب الحالة العائلية

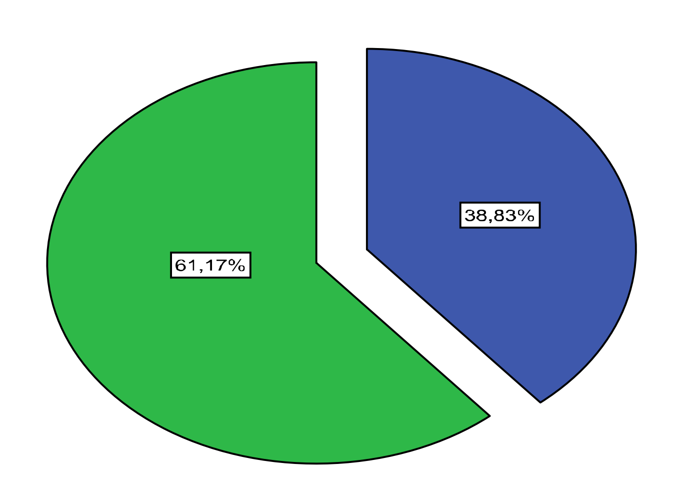
الجدول رقم (26) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الحالة العائلية

الحالة العائلية	العدد	النسبة المئوية
أعزب	80	% 38.8
متزوج	126	% 61.2
المجموع	206	% 100

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن معظم أفراد العيّنة من فئة المتزوّجين ، إذ بلغت نسبتهم 61.2 % بينما فئة العزاب بلغت 38.8% ، حيث لم يتم الأخذ بعين الاعتبار فئة المطلقين و الأرامل لعدم توفر العدد الكافي.

الدائرة النسبية رقم (06) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الحالة العائلية

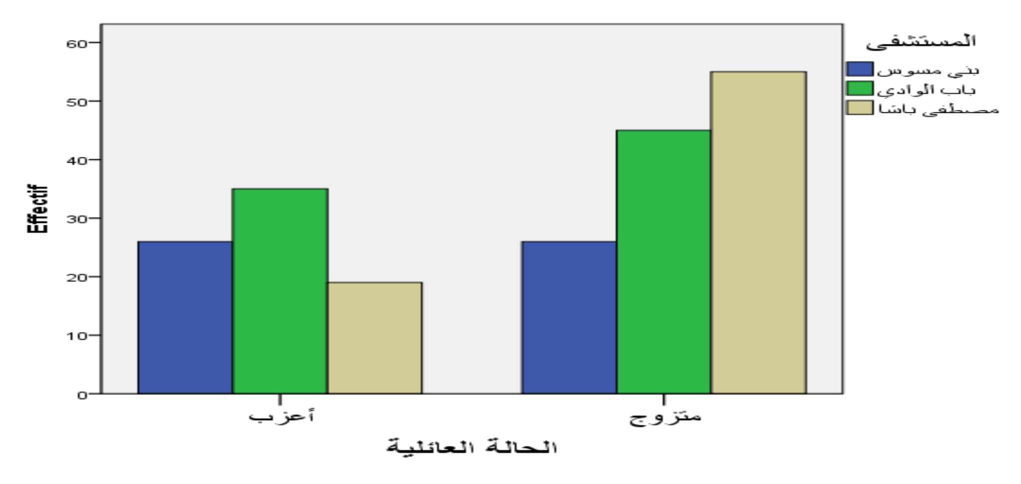




الجدول رقم (27) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الحالة العائلية و المؤسسة الاستشفائية

		المستشفى			
		بني مسوس	باب الوادي	مصطفى باشا	المجموع
الحالة العائلية	أعزب	26	35	19	80
	متزوج	26	45	55	126
المجموع		52	80	74	206

المدرج التكراري رقم (07) توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية و المؤسسة الاستشفائية



يتضح بالنسبة لتوزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية و المؤسسة الاستشفائية (الجدول رقم 27)، و المدرج التكراري رقم (07) ، أن توزيع أفراد العينة معتدلا على المستشفيات باستثناء على مستوى المستشفى الجامعي لمصطفى باشا أين كانت فئة المتزوجين أعلى من فئة العزاب ب55 فرد مقابل 19 فرد من العزاب.

6-1-4 الحالة العائلية و الجنس :

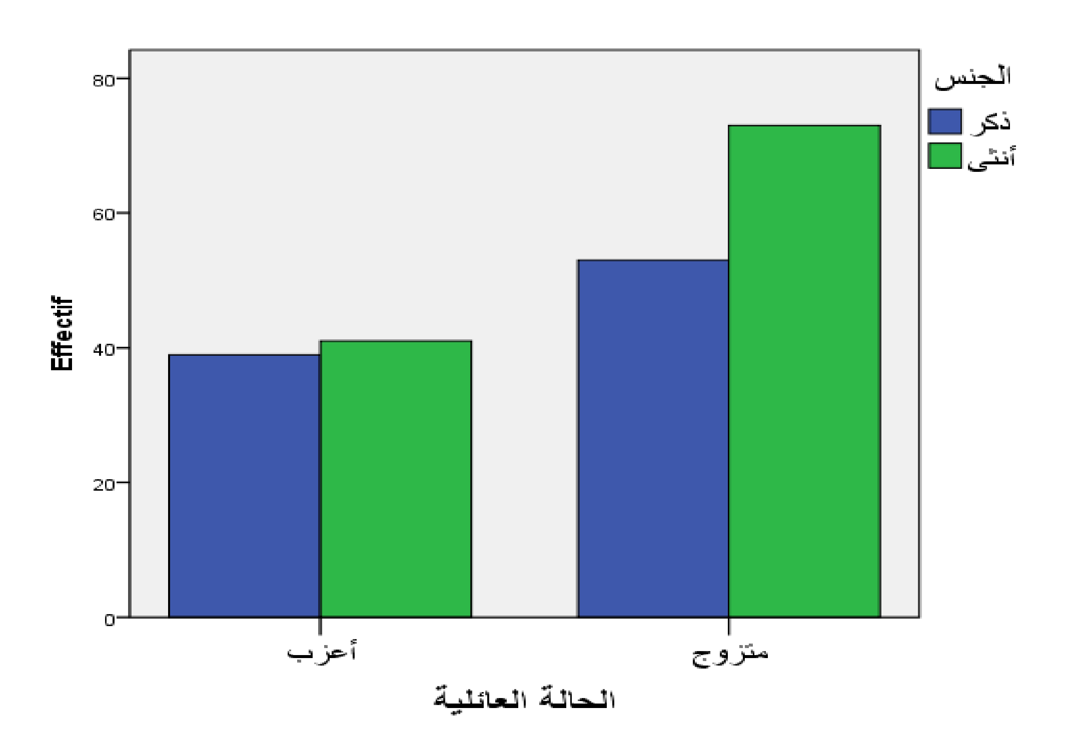
يوضح الجدول الموالي الإحصاء الو صفي لجنس عينة البحث حسب الحالة العائلية الجنس

الجدول رقم (28) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الحالة العائلية و الجنس

		الجنس		المجموع
		ذكر	أنثى	
الحالة العائلية	أعزب	39	41	80
	متزوج	53	73	126
المجموع		92	114	206

يتبين من خلال الجدول رقم (28) أن أفراد العينة موزعين باعتدال في فئة العزاب بين الجنسين ، أما فئة المتزوجات فقد بلغت 73 فرد مقابل 53 بالنسبة للذكور.

المدرج التكراري رقم (08) توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية و الجنس



6-1-5 الأقدمية في المنصب :

يوضح الجدول الموالي الإحصاء الوصفي عينة البحث حسب سنوات الأقدمية في المنصب

الجدول رقم (29) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الأقدمية في المنصب

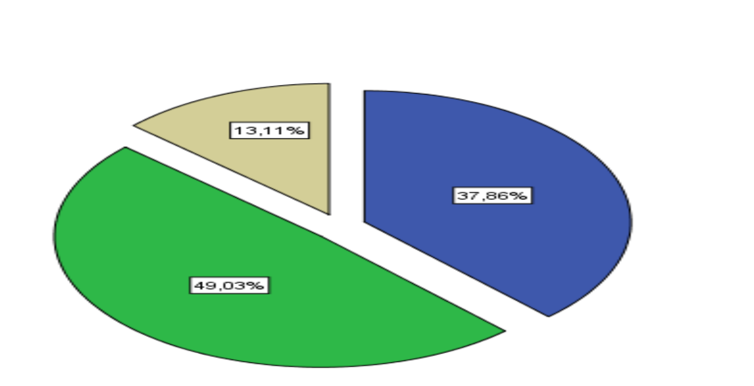
الأقدمية في نفس المنصب	العدد	النسبة المئوية	متوسط سنوات الاقدمية	الانحراف المعياري
05-02	78	% 37.9	7.52	4.5
10-06	101	% 49		
11 وأكثر	27	% 13.1		
المجموع	206	% 100		

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه أن نسبة الممارسين الذين تتراوح مدة الخدمة في المهنة الحالية ما بين 6 الى10 سنوات احتلت الصدارة بنسبة 49 % تليها نسبة الممارسين الذين تتراوح مدة خدمتهم ما بين 2 و 5 سنوات ب 37.9% ، كما أ ّن نسبة الممارسين الذين كانت لديهم11 سنة عمل في

نفس المنصب فما فوق قدّرت ب13.1 % فقط ، ضبط هذا المتغير على أساس ما توصلت إليه بيس Beesse و آخرون، (1992) إلى أن مخلفات الإنهاك النفسي و مظاهره تظهر بعد سنه واحدة من العمل و لأكثر وضوح سيتم عرض فيما يلي الدائرة النسبية لتوزيع العينة حسب الأقدمية في نفس المنصب.



الدائرة النسبية رقم (09) توزيع أفراد العينة الكلية حسب الأقدمية في المنصب



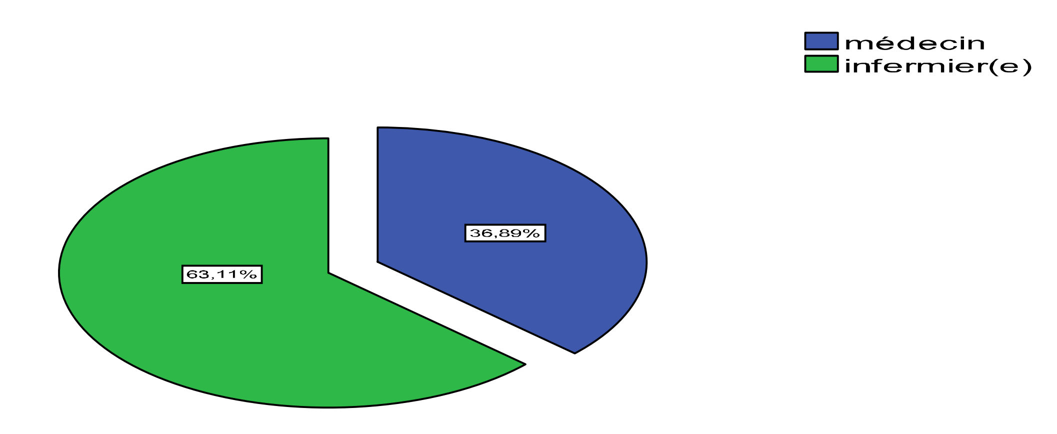
6-1-6 نوع الوظيفـة:

يوضح الجدول الموالي الإحصاء الو صفي لعينة البحث حسب الوظيفة (طبيب و ممرض)

الجدول رقم (30) توزيع أفراد العينة الكلية حسب نوع المهنة

المهنة	العدد	النسبة المئوية
طبيب (ة)	76	% 36.9
ممرض (ة)	130	% 63.1
المجموع	206	% 100

الدائرة النسبية رقم (10) توزيع أفراد العينة الكلية حسب نوع المهنة



يتضح من خلال ما سبق أن فئة الممرضين تمثل أكبر فئة ب 63.1 بالمائة مقابل فئة الأطباء التي بلغت 36.9 % و مما يفسر ذلك طبيعة توزيع المناصب في مصالح المستشفيات، حيث يتم إسناد مهام التسيير عادة لطبيب يشرف على الفرقة الطبية المشكلة من عدة ممرضين و أعوان التمريض (الطاقم الشبه الطبي).

6-1-7 المهنة حسب الجنس :

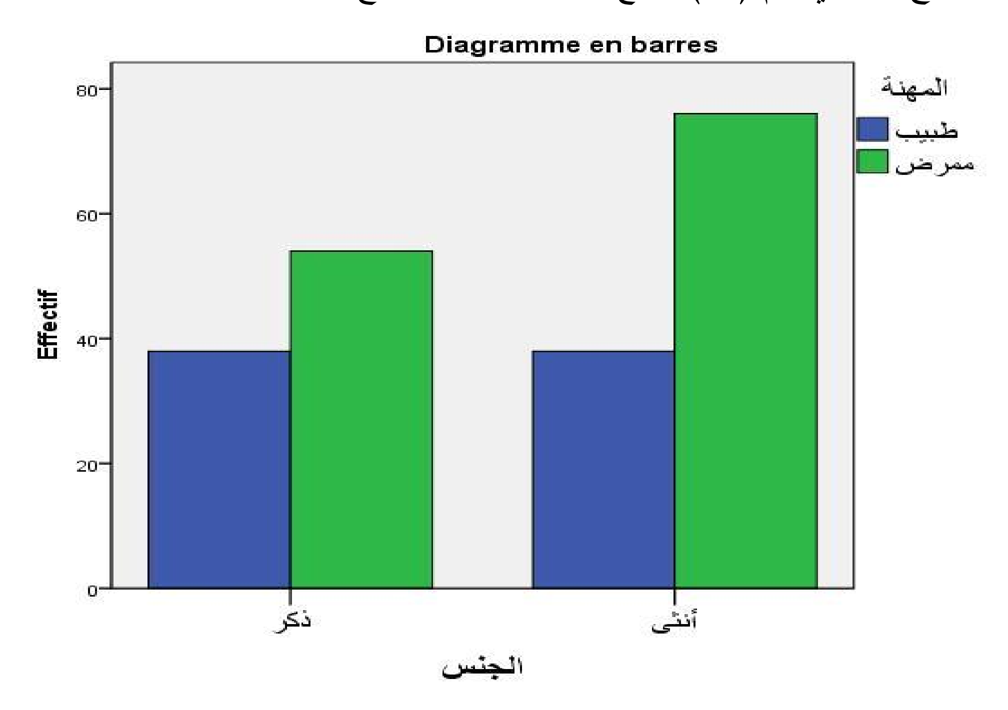
فيما يلي توزيع أفراد العينة الكلية حسب نوع المهنة و الجنس

الجدول رقم (31) توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة و الجنس

Tableau croisé sexe * profession

			profession		
			طبيب	ممرض	Total
sexe	ذكر	Effectif	38	54	92
			41,3%	58,7%	100,0%
	أنثى	Effectif	38	76	114
			33,3%	66,7%	100,0%
Total		Effectif	76	130	206
			36,9%	63,1%	100,0%

المدرج التكراري رقم (11) توزيع أفراد العينة حسب نوع المهنة و الجنس



يتضح مما سبق أن فئة الممرضين تمثل أكبر فئة مشكلة من 130 فرد بنسبة 63.1 % موزع على الجنسين ، حيث تتكون فئة الممرضات و هي تمثل أكبر فئة ب 76 فرد بنسبة 66.7 % مقابل 54 من الذكور بنسبة 58.7 % ، بينما كانت فئة الأطباء موزعة على مجموع 76 فرد بنسبة 36.9 % موزعة على الجنسين ، حيث بالتساوي أي 38 فرد بنسبة 41.3 % بالنسبة للذكور و 33.3 %بالنسبة للطبيبات.

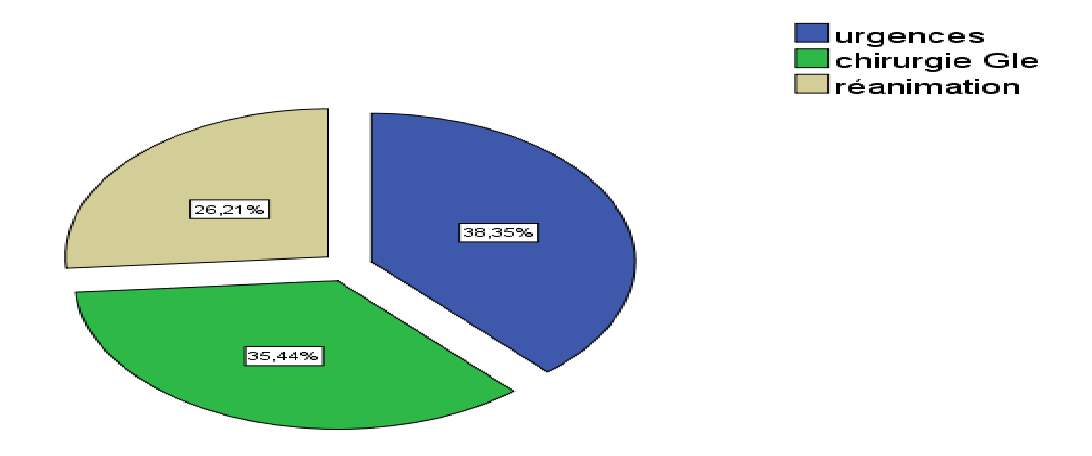
6-1-8 المصلحة :

يوضح الجدول الموالي الإحصاء الو صفي لعينة البحث حسب المصلحة التي يعملون بها.

الجدول رقم (31) توزيع أفراد العينة حسب المصلحة

المصلحة	العدد	النسبة المئوية
الاستعجالات	79	% 38.3
الجراحة العامة	73	% 35.4
الانعاش	54	% 26.2
المجموع	206	% 100

الدائرة النسبية رقم (12) توزيع أفراد العينة الكلية حسب المصلحة



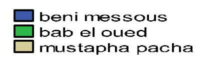
يتضح من خلال الجدول السابق أن التوزيع بين المالح الثلاث لأفراد العينة كان معتدلا نوعا ما ، حيث سجلت أعلى نسبة في مصلحة الاستعجالات ب 38.3 بالمائة تليها مصلحة الجراحة العامة ب 35.4 بالمائة و في الأخير مصلحة الإنعاش ب 26.2 بالمائة.

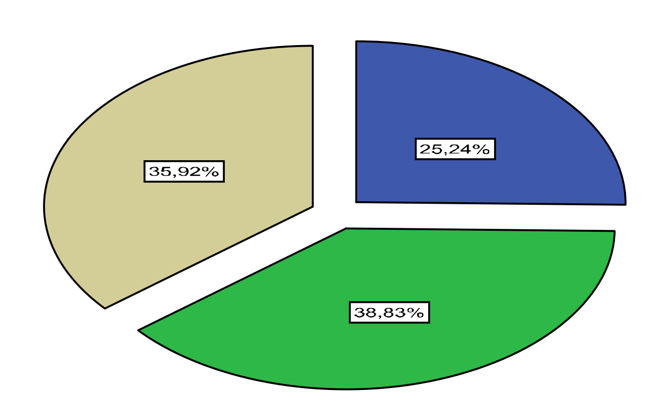
6-1-9 المؤسسة الاستشفائية :

الجدول رقم (33) توزيع أفراد العينة الكلية حسب المؤسسة الاستشفائية

المؤسسة الاستشفائية	العدد	النسبة المئوية
مستشفى بني مسوس	52	% 25.2
مستشفى باب الوادي	80	% 38.8
مستشفى مصطفى باشا	74	% 35.9
المجموع	206	% 100

الدائرة النسبية رقم (13) توزيع أفراد العينة الكلية حسب المؤسسة الاستشفائية



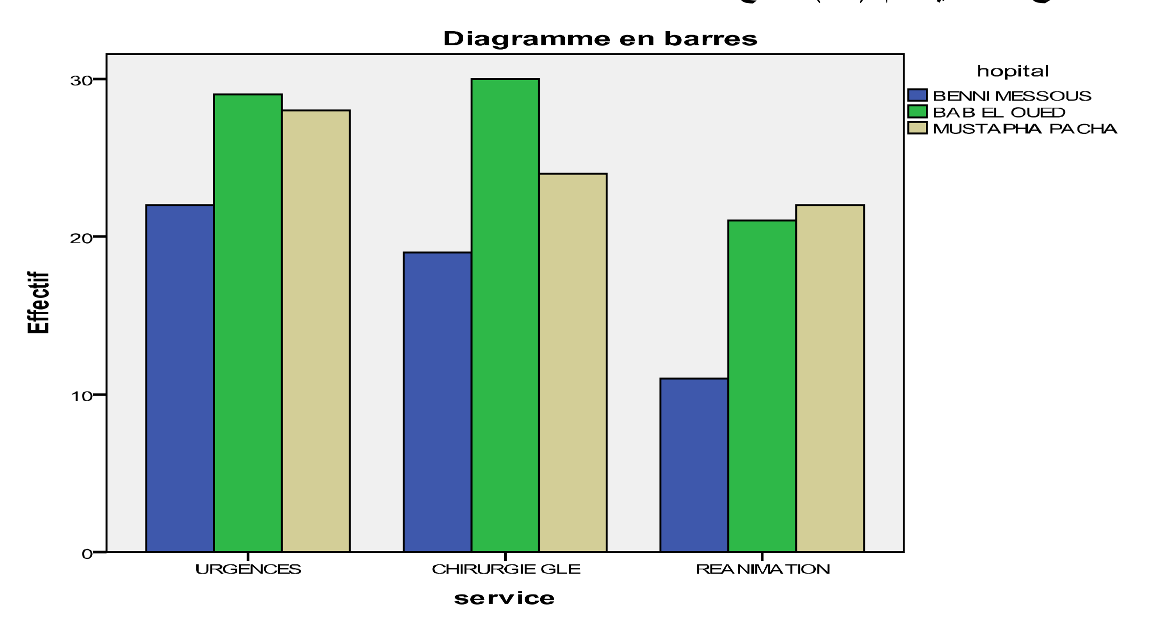


6-1-10 المؤسسة الاستشفائية المصلحة :

الجدول رقم (34) توزيع أفراد العينة الكلية حسب المؤسسة الاستشفائية والمصلحة

		hopital			
		CHU benni messous	CHU bab el oued	CHU mustapha pacha	Total
service	urgences	22	29	28	79
	Chirurgie Gle	19	30	24	73
	réanimation	11	21	22	54
Total		52	80	74	206

المدرج التكراري رقم (14) توزيع أفراد العينة حسب المصلحة و المؤسسة الاستشفائية



يتضح مما سبق أن عينة البحث موزعة باعتدال نسبي بين المصالح و المؤسسات الاستشفائة ، و ذلك ما يتجلى بوضوح في المدرج التكراري رقم (14).

تعقيب عام :

من الواضح من كل ما سبق أن خصائص العينة الأساسية مشتركة نوعا ما حيث حاولنا جعل المتغيرات السابقة الذكر متقاربة حيث تأثر بنفس الشدة على نتائج البحث و يبقى التأثير الأكبر هو الذي ينبع من المتغيرات الأساسية في الدراسة الحالية ألا و هي الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي.

النتائج حسب متغيرات الدراسة:

انطلاقا من معطيات الإطار النظري، نتعرض الآن إلى النتائج المتوصل إليها في الدراسة الميدانية، و هذا من خلال تقديم نتائج مقياس الإنهاك المهني ل ماسلاش، و كذلك مقياس التوافق الزواجي لسبانيه ، بعد التطبيق على عينة الدراسة ، و أسفرت نتائج مختلف الاختبارات الإحصائية المطبقة على ما يلي :

السؤال الرئيسي الأول

6-2 عرض نتيجة السؤال الرئيسي الأول :

للإجابة على السؤال الأول و الذي مفاده : **« هل يعاني أفراد عينة البحث من تناذر الإنهاك المهني ؟ »** ، تم حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لأبعاد الإنهاك المهن الثلاث كما تم استخراج النسب المؤوية للمستويات الثلاثة لكل بعد (منخفض ، متوسط ، مرتفع) ، بالإضافة إلى نتائج اختبار (T) لعينة واحدة One Sample T Test بهدف مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة و القيمة الإخبارية (القيمة الدنيا للمستوى المرتفع) وذلك بعد تحويل الدرجات إلى متوسطات ، تهدف هذه العملية الإحصائية إلى اختبار الفرض باختلاف متوسط التوزيع عن قيمة ثابتة يطلق عليها في برنامج (spss) القيمة الإخبارية (Test value).

حيث قمنا بمقارنة النّتائج المحصّل عليها من مقياس الإنهاك المهني (بمستوياته الثلاثة ودرجته الكّلية) بمعيار (القيمة الإخبارية) و قد وضع هذا المعيار من طرف مصممة المقياس (ماسلاش) لمقارنة درجة الفرد في المقياس و المتوسّط الحسابي المحدّد و الذي يؤخذ كقيمة معيارية يكون بمثابة محك يدل على المستوى المقبول للدّرجات و تموضع الأفراد، حيث كلما زادت الدرجات عن المتوسّط الحسابي المحدد كمعيار كلما دل ذلك على زيادة عدد الأفراد المنهكين و هو شيء سلبي ، و كّلما قّلت (أي الدرجات) يدل ذلك على شيء إيجابي في مؤشرات المقياس (الإنهاك الانفعالي، تبلد المشاعر، تدني الشعور بالإنجاز الشخصي في العمل) .

و قمنا بتقسيم السؤال الأول إلى ثلاثة أسئلة جزئية و التي تحدد المستويات الثلاثة للإنهاك النفسي عند عينة البحث و هي كالتالي:

6-2-1 السؤال الجزئي الأول : وينص على ما يلي :

« هل يعاني أفراد عينة البحث من تناذر الإنهاك المهني على بعد الإجهاد الانفعالي».

و تكونت عينة البحث من 206 طبيب و ممرض من الجنسين ، و فيما يلي الإحصاء الوصفي لمتغير الإنهاك النفسي على البعد الأول (الإجهاد الانفعالي) .

الجدول رقم (35) الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد الإجهاد الانفعالي

أبعاد الاحتراق النفسي	المستويات حسب ماسلاش	المجموع		المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري
		التكرار	النسبة			
الإجهاد الانفعالي	مستوى منخفض 0 – 17	07	3.39 %	34.48	0.58	8.37
	مستوى متوسط 18 – 27	17	8.28 %			
	مستوى مرتفع 28 فما فوق	182	88.34 %			

يتبين من خلال الجدول (35) أن أعلى نسبة الإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي تقع في المستوى المرتفع بنسبة 88.34 بالمائة (182 فرد) من مجموع أفراد العينة ، تليها 8.28 بالمائة بالنسبة للمستوى المتوسط أي 17 فرد، بينما تحصل 3.39 بالمائة (07 أفراد) من مجموع 206 فرد على المستوى المنخفض ، مما يدفع إلى القول أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك الانفعالي ، ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 34.48 و هو يفوق الحد الأدنى للمستوى المرتفع (القيمة المعيارية 28 فما فوق).

وبعد تقدير المتوسط الحسابي للعينة ، تمت مقارنته بالدرجة الإخبارية **28** المستخلصة من مقياس الإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي، و هي القيمة الدنيا للمستوى المرتفع ، باستخدام اختبار t لعينة واحدة ، فكانت قيمة (ت) المحسوبة (11.10) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.653) عند درجة الحرية 205 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

و يتبين أن Sig. = 0.00 وهي اقل من 0.05 ، لذلك نرفض الفرضية المبدئية أي أن متوسط الإجهاد العاطفي لعينة البحث لا يساوي 28 ، والسؤال هنا هل متوسط الإجهاد العاطفي اكبر أم اصغر من 28 ، وللإجابة على هذا السؤال نجد أن قيمة $t = 11.101$ أي موجبة دليل على أن متوسط المجتمع يزيد عن 28 ، و قد تم تلخيص نتائج المقارنة في الجدول الأتي.

الجدول رقم (36) نتائج اختبار t لعينة واحدة على بعد الإجهاد الانفعالي

	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
الإجهاد الانفعالي	206	34,4806	8,37867	,58377

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 28					
					Intervalle de confiance 95% de la différence	
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Inférieure	Supérieure
épuisement émotionnel	11,101	205	,000	6,48058	5,3296	7,6315

تبين نتائج هذه المقارنة بوجود فرق دال إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة من حيث تعرضهم للإجهاد الانفعالي ، و كان الفرق لصالح الفئة التي تعاني من مستوى عالي من الإجهاد الانفعالي ، و منه يمكن الإجابة على السؤال الجزئي الأول بأنه يعاني أغلبية أفراد عينة البحث من مستوى مرتفع للإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي.

6-2-2 سؤال الجزئي الثاني : ينص السؤال على ما يلي :

« هل يعاني أفراد عينة البحث من تناذر الإنهاك المهني على بعد فقدان الشعور التعاطفي أو تبلد المشاعر» .

و تكونت عينة البحث من 206 طبيب و ممرض من الجنسين ، و فيما يلي الإحصاء الوصفي لمتغير الإنهاك النفسي على بعد **(تبلد المشاعر)** ، و ذلك حسب المستويات الثلاثة حسب مصممة المقياس (ماسلاش).

الجدول رقم (37) الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد **تبلد المشاعر**

أبعاد الاحتراق النفسي	المستويات حسب ماسلاش	المجموع		المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري
تبلد المشاعر	مستوى منخفض 0 – 7	04	1.94 %	15.93	0.35	5.04
	مستوى متوسط 8 – 12	45	21.84 %			
	مستوى مرتفع 13 فما فوق	157	76.21 %			

و يتضح من خلال نتائج أفراد العينية في الإنهاك النفسي على بعد " تبلد المشاعر " أن أعلى نسبة تقع في المستوى المرتفع أيضا بنسبة 76.21 بالمائة (157 فرد من مجموع 206) يليها المستوى المتوسط بنسبة 21.84 بالمائة (45 فرد من مجموع 206) و في الأخير المستوى المنخفض بنسبة 1.94 بالمائة (04 أفراد من مجموع 206)، وتدل هذه النتيجة على أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 15.93 و هو يفوق الحد الأدنى للمستوى المرتفع (13 فما فوق) .

وبعد تقدير المتوسط الحسابي للعينة، تمت مقارنته بالدرجة **13** المستخلصة من مقياس الإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر باستخدام اختبار t لعينة واحدة ، فكانت قيمة (ت) المحسوبة (8.35) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.653) عند درجة الحرية 205 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

و يتبين أن Sig. = 0.00 وهي اقل من 0.05 ، لذلك نرفض الفرضية المبدئية أي أن متوسط تبلد المشاعر لعينة البحث لا يساوي 13 ، والسؤال هنا هل متوسط تبلد المشاعر اكبر أم اصغر من (13)، وللإجابة على هذا السؤال نجد أن قيمة t = 8.350 أي موجبة دليل على أن متوسط المجتمع يزيد عن 13 ، و قد تم تلخيص نتائج المقارنة في الجدول الأتي.

الجدول رقم (38) نتائج اختبار t لعينة واحدة على بعد تبلد المشاعر

	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
تبلد المشاعر	206	15,9369	5,04815	,35172

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 13					
					Intervalle de confiance 95% de la différence	
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Inférieure	Supérieure
dépersonnalisation	8,350	205	,000	2,93689	2,2434	3,6303

تبين نتائج هذه المقارنة بوجود فرق دال إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة من حيث تعرضهم لتبلد المشاعر ، و كان الفرق لصالح الفئة التي تعاني من مستوى عالي من تبلد المشاعر، و منه يمكن الإجابة على السؤال الجزئي الثاني بأنه فعلا يعاني أغلبية أفراد عينة البحث من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر .

6-2-3 السؤال الجزئي الثالث : و ينص السؤال على ما يلي :

« هل يعاني أفراد عينة البحث من تناذر الإنهاك المهني على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل ».

و تكونت عينة البحث من 206 طبيب و ممرض من الجنسين ، و فيما يلي الإحصاء الوصفي لمتغير الإنهاك النفسي على بعد **(تدني الشعور بالانجاز الشخصي)** ، و ذلك حسب المستويات الثلاثة للإنهاك النفسي .

الجدول رقم (39) الإحصاء الوصفي لعينة الدراسة على بعد **تدني الشعور بالانجاز الشخصي**

أبعاد الاحتراق النفسي	المستويات حسب ماسلاش	المجموع		المتوسط الحسابي	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري
نقص الشعور بالانجاز الشخصي	مستوى منخفض 40 فما فوق	01	0.48 %	28.94	0.39	5.66
	مستوى متوسط 32 - 39	54	26.21 %			
	مستوى مرتفع 0 - 31	151	73.30 %			

و يتضح من خلال نتائج أفراد العينية في الإنهاك النفسي على بعد " **تدني الشعور بالانجاز الشخصي** " أن أعلى نسبة تقع في المستوى المرتفع أيضا بنسبة 73.30 بالمائة (151 فرد من مجموع 206) ، يليها المستوى المتوسط بنسبة 26.21 بالمائة (54 فرد من مجموع 206) و في الأخير المستوى المنخفض بنسبة 0.48 بالمائة (فرد واحد من مجموع 206)، وتدل هذه النتيجة على أن أفراد العينة يعانون من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي ويتضح ذلك من خلال المتوسط الذي بلغ 28.94 و هو يقترب من القيمة الدنيا للمستوى المرتفع أي (31) ، و ذلك حسب معايير تصنيف مستويات الإنهاك النفسي لماسلاش ، إذ أن مستوى الإنهاك النفسي يتماش سلبا مع مستوى تدني الشعور

بالانجاز الشخصي ، أي كلما انخفضت درجة تدني الشعور بالانجاز الشخصي ارتفع مستوى الإنهاك النفسي .

و بعد تقدير المتوسط الحسابي للعينة، تمت مقارنته بالدرجة **31** المستخلصة من مقياس الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي باستخدام اختبار t لعينة واحدة ،فكانت قيمة (ت) المحسوبة (-5,199) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.653) عند درجة الحرية 205 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

و يتبين أن Sig. = 0.00 وهي اقل من 0.05 ، لذلك نرفض الفرضية المبدئية أي أن متوسط تدني الشعور بالانجاز الشخصي لعينة البحث لا يساوي 31 ، والسؤال هنا هل هو اكبر أم اصغر من 31 وللإجابة على هذا السؤال نجد أن قيمة t = − 5.199 أي سالبة دليل على أن متوسط المجتمع يقل عن 13 ، و قد تم تلخيص نتائج المقارنة في الجدول الأتي.

الجدول رقم (40) نتائج اختبار t لعينة واحدة على بعد **تدني الشعور بالانجاز الشخصي**

	العينة	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري
تدني الشعور بالانجاز الشخصي	206	28,9466	5,66909	,39498

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 31					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
accomplissement personnel	-5,199	205	,000	-2,05340	-2,8322	-1,2746

تبين نتائج هذه المقارنة بوجود فرق دال إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة من حيث تعرضهم لتدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل ، و كان الفرق لصالح الفئة التي تعاني من مستوى عالي منه ، و بذلك يمكن الإجابة على السؤال الجزئي الثالث بأنه فعلا يعاني أغلبية أفراد عينة البحث من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل.

ومن أجل اختبار دلالة الفروق بين التكرارات ، تم استخدام اختبار كا مربع ، وجاءت النتائج على النحو الموضح في الجدول الموالي.

جدول رقم (41) يبين نتائج كا مربع لدلالة الفروق حسب درجات مقياس الإنهاك النفسي

الأبعاد	قيمة كا مربع المحسوبة	درجة الحرية	كا مربع المجدولة	مستوى الدلالة
الإنهاك الانفعالي	152.194	32	16.4	0.01
تبلد المشاعر	173.126	24	10.9	0.01
تدني الشعور بالانجاز الشخصي	230.718	26	12.2	0.01
الإنهاك النفسي الكلي	102.971	51	25.9	0.01

يوضح الجدول السابق أن قيمة (كا2) المحسوبة أكبر من قيمة (كا2) المجدولة ومستوى الدلالة (0.01) وذلك على مستوى الأبعاد الثلاثة وكذا الإنهاك النفسي الكلي مما يعني وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة لأبعاد الإنهاك النفسي لدى أفراد العينة.

- و من كل ما سبق يمكن الإجابة على السؤال الرئيسي الأول للدراسة على النحو التالي :

« تعاني عينة الدراسة من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي ».

السؤال الرئيسي الثاني

6-3 عرض نتيجة السؤال الرئيسي الثاني : و ينص على ما يلي :

« هل ثمة فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين و العزاب لدى عينة الدراسة في شدة التعرض للإنهاك النفسي » ؟ و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة.

للإجابة على هذا السؤال قمنا بحساب كل من المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، الخطأ المعياري و كذا دلالة الفروق بين المتوسطين (المتزوجون و العزاب) باستخدام اختبار (ت) للفروق بين متوسطين لمعرفة الدلالة الإحصائية، وتم التأكد من تجانس العيّنة عن طريق اختبار لفن (levene) للتجانس فتحصّلنا على ما يلي:

الجدول رقم (42) نتائج اختبار "f" لتجانس العيّنة

Test d'homogénéité des variances

	Statistique de Levene	ddl1	ddl2	Signification
épuisement émotionnel	,470	1	204	,494
dépersonnalisation	3,444	1	204	,065
accomplissement personnel	1,976	1	204	,161
burnout général	,740	1	204	,391

تشير نتائج الجدول السابق أن العينتين متجانستين على الأبعاد الثلاثة للإنهاك النفسي، حيث جاءت $P\text{-value (sig)} > \alpha(0.05)$ في كل الأبعاد و كذا بالنسبة للإنهاك النفسي ككل.

وتم تقسيم السؤال الرئيسي إلى ثلاثة أسئلة جزئية حسب الأبعاد الثلاثة لتناذر الإنهاك النفسي حسب ماسلاش ،كالأتي:

6-3-1 السؤال الجزئي الأول : و ينص على ما يلي :

«هل ثمة فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين و العزاب في شدة التعرض للإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي؟» .

تكونت عينة العزاب من n1=80 أما عينة المتزوجين فتكونت من n1=126 ، و للإجابة على هذا السؤال تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (المتزوجون و العزاب) باستخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين ومتجانستين ، فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (43) نتائج اختبار t لعينة واحدة على بعد **تدني الإجهاد الانفعالي**

الحالة العائلية	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت) المحسوبة	درجة الحرية	(ت) المجدولة	مستوى الدلالة
أعزب	80	28.5	6.10	10.33	189.77	1.976	0.05
متزوج	126	38.27	7.35				

يتضح من الجدول رقم (43) أن المتوسط الحسابي لمجموعة العزاب بلغ (28.5) بانحراف معياري يقدر بـ (6.1)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة المتزوجين (38.27) بانحراف معياري يقدر بـ (7.35) ، و هذا يعني أن كلا المجموعتين تعاني من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي حسب الحد الأدنى للمستوى المرتفع لماسلاش أي الدرجة (28).

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين ومتجانستين فكانت قيمة (ت) المحسوبة (10.33) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.976) عند درجة الحرية 189.77 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجون و العزاب في مستوى تعرضهم للإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي لصالح فئة المتزوجون.

6-3-2 السؤال الجزئي الثاني: و ينص على ما يلي:

«هل هناك فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين و العزاب في شدة الإصابة بالإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر؟» .

تكونت عينة العزاب من 80=1n أما عينة المتزوجون فتكونت من n1=126 ، و للإجابة على هذا السؤال تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطات (المتزوجون و العزاب) باستخدام اختبار (ت). فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي :

الجدول رقم (44) نتائج اختبار t لعينة واحدة على بعد **تبلد المشاعر**

الحالة العائلية	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت) المحسوبة	درجة الحرية	(ت) المجدولة	مستوى الدلالة
أعزب	80	12.97	2.95	8.50	201.82	1.976	0.05
متزوج	126	17.81	5.20				

يتضح من الجدول رقم (44) أن المتوسط الحسابي لمجموعة العزاب بلغ (12.97) بانحراف معياري يقدر بـ (2.95)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة المتزوجون (17.81) بانحراف معياري يقدر بـ (5.20) ، و هذا يعني أن مجموعة العزاب تعاني من مستوى متوسط من الإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر بينما مجموعة المتزوجون تعاني من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على مستوى نف البعد ، حسب الحد الأدنى للمستوى المتوسط لماسلاش أي الدرجة (13).

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين هذين المتوسطين تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين ومتجانستين فكانت قيمة (ت) المحسوبة (8.50) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.976) عند درجة الحرية 201.82 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجون و العزاب في شدة تعرضهم للإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر لصالح فئة المتزوجون.

6-3-3 السؤال الجزئي الثالث : و ينص على ما يلي :

«هل هناك فروق دالة إحصائيا بين المتزوجين و العزاب في شدة التعرض للإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل؟» .

تكونت عينة العزاب من n1=80 أما عينة المتزوجين فتكونت من n1=126 ، و للإجابة على هذا السؤال تم حساب دلالة الفروق بين المتوسطين (المتزوجون و العزاب) باستخدام اختبار (ت). فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (45) نتائج اختبار t لعينة واحدة على بعد **تدني الشعور بالانجاز الشخصي**

الحالة العائلية	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت) المحسوبة	درجة الحرية	(ت) المجدولة	مستوى الدلالة
أعزب	80	31.28	4.07	-5.42	203.18	1.976	0.05
متزوج	126	27.46	6.03				

يتضح من الجدول رقم (45) أن المتوسط الحسابي لمجموعة العزاب بلغ (31.28) بانحراف معياري يقدر بـ (4.07)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة المتزوجون (27.46) بانحراف معياري يقدر بـ (6.03) وتدل هذه النتائج حسب معايير تصنيف مستويات الإنهاك النفسي لماسلاش ، أن كلا الفئتان يعانون من مستوى عالي من الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل ، إذ أن مستوى الإنهاك النفسي يتماش سلبا مع مستوى تدني الشعور بالانجاز الشخصي ، أي كلما انخفض مستوى تدني الشعور بالانجاز الشخصي على الدرجة 31 ارتفع مستوى الإنهاك النفسي .

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين هذين المتوسطات تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين ومتجانستين فكانت قيمة (ت) المحسوبة (-5.42) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.976) عند درجة الحرية 203.18 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجون و العزاب في مستوى تعرضهم للإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل لصالح فئة المتزوجون.

- و من كل ما سبق يمكن الإجابة على السؤال الرئيسي الثاني للدراسة على النحو التالي :

« ثمة فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجون و العزاب في مستوى تعرضهم للإنهاك النفسي لصالح فئة المتزوجون » أي أن فئة المتزوجون أكثر تعرضا للإنهاك النفسي مقارنة بفئة العزاب.

السؤال الرئيسي الثالث

4-6 السؤال الثالث: و ينص على ما يلي:

«هل ثمة فروق دال إحصائيا بين متوسط درجات أفراد العينة في مستوى الإنهاك النفسي تعزى لاختلاف الأقدمية في نفس المنصب ؟ ».

للإجابة على هذا السؤال قمنا بحساب كل من المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، الخطأ المعياري وكذا حساب دلالة الفروق بين المتوسطين باستخدام اختبار (ف) لتحليل التباين، وتم تقسيم السؤال الرئيسي إلى ثلاثة أسئلة جزئية حسب المستويات الثلاثة للإنهاك النفسي لماسلاش ، و كانت النتائج كالآتي :

1-4-6 السؤال الجزئي الأول : و ينص على ما يلي :

«هل ثمة فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات أفراد العينة في شدة الإصابة بالإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي تعزى لاختلاف الأقدمية في نفس المنصب ؟ »

الجدول رقم (46) الإحصاء الوصفي لبعد الإجهاد الانفعالي تعزى لاختلاف الأقدمية

épuisement émotionnel

expérience	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard de la moyenne	Médiane
2-5 ans	34,4231	78	7,89956	,89445	33,0000
6-10 ans	34,9703	101	8,73436	,86910	33,0000
11 ans et plus	32,8148	27	8,45366	1,62691	33,0000
Total	34,4806	206	8,37867	,58377	33,0000

الجدول رقم (47) يبين نتائج تحليل التباين لبعد الإجهاد الانفعالي تعزى لاختلاف الأقدمية.

épuisement émotionnel

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	99,399	2	49,699	,706	,495
Intra-groupes	14292,023	203	70,404		
Total	14391,422	205			

يتضح من الجدول رقم (46) أن المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأقل من ستة سنوات بلغ (34.42) بانحراف معياري يقدر بـ (7.89)، كما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأقل من احد عشر سنة (34.97) بانحراف معياري يقدر بـ (8.73) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأكثر من احد عشر سنة (32.81) بانحراف معياري يقدر بـ (8.45) و هذا يعني أن كل الفئات تعاني من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي حسب الحد الأدنى للمستوى المرتفع لماسلاش أي الدرجة (28).

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ف) فكانت قيمة (ف) المحسوبة (0.706) أصغر من قيمة (ف) المجدولة (3.06) عند درجة الحرية (2) و (203) ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مستوى تعرضهم للإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي تعزى لاختلاف الأقدمية في نفس المنصب .

6-4-2 السؤال الجزئي الثاني: و ينص على ما يلي :

«هل هناك فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات أفراد العينة في شدة الإصابة بالإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر تعزى لاختلاف الأقدمية في نفس المنصب» .

الجدول رقم (48) الإحصاء الوصفي لبعد تبلد المشاعر تعزى لاختلاف الأقدمية

dépersonnalisation

expérience	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard de la moyenne	Médiane
2-5 ans	16,8077	78	4,47811	,50705	15,0000
6-10 ans	15,2277	101	5,43853	,54115	14,0000
11 ans et plus	16,0741	27	4,85106	,93359	15,0000
Total	15,9369	206	5,04815	,35172	15,0000

الجدول رقم (49) يبين نتائج تحليل التباين لبعد تبلد المشاعر تعزى لاختلاف الأقدمية.

dépersonnalisation

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	110,450	2	55,225	2,192	,114
Intra-groupes	5113,730	203	25,191		
Total	5224,180	205			

يتضح من الجدول رقم (48) أن المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأقل من ستة سنوات بلغ (16.80) بانحراف معياري يقدر بـ (4.47)، كما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأقل من احد عشر سنة (15.22) بانحراف معياري يقدر بـ (5.43) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأكثر من احد عشر سنة (16.07) بانحراف معياري يقدر بـ (4.85) و هذا يعني أن كل الفئات تعاني من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر حسب الحد الأدنى للمستوى المرتفع لماسلاش أي الدرجة (13).

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ف) ،فكانت قيمة (ف) المحسوبة (2.192) أصغر من قيمة (ف) المجدولة (3.06) عند درجة الحرية (2) و (203) ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مستوى تعرضهم للإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر تعزى لاختلاف الأقدمية.

6-4-3 السؤال الجزئي الثالث : و ينص على ما يلي :

هل هناك فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات أفراد العينة في شدة الإصابة بالإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل تعزى لاختلاف مدة الأقدمية في نفس المنصب» ؟.

الجدول رقم (50) الاحصاء الوصفي لبعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي تعزى لاختلاف الأقدمية

accomplissement personnel

expérience	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard de la moyenne	Médiane
2-5 ans	30,0641	78	5,09224	,57658	31,0000
6-10 ans	27,6040	101	5,68521	,56570	29,0000
11 ans et plus	30,7407	27	6,18057	1,18945	31,0000
Total	28,9466	206	5,66909	,39498	30,0000

الجدول رقم (51) يبين نتائج تحليل التباين لبعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي تعزى لاختلاف الأقدمية.

accomplissement personnel

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	366,390	2	183,195	5,977	,003
Intra-groupes	6222,023	203	30,650		
Total	6588,413	205			

يتضح من الجدول رقم (50) أن المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأقل من ستة سنوات بلغ (30.06) بانحراف معياري يقدر بـ (5.09)، كما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأقل من احد عشر سنة (27.60) بانحراف معياري يقدر بـ (5.68) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأكثر من احد عشر سنة (30.74) بانحراف معياري يقدر بـ (6.18) و هذا يعني أن كل الفئات تعاني من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل حسب الحد الأدنى للمستوى المرتفع لماسلاش أي الدرجة (31).

و ذلك حسب معايير تصنيف مستويات الإنهاك النفسي لماسلاش ، إذ أن مستوى الإنهاك النفسي يتماش سلبا مع مستوى تدني الشعور بالانجاز الشخصي ، أي كلما انخفضت درجة تدني الشعور بالانجاز الشخصي عن الدرجة (31) ارتفع مستوى الإنهاك النفسي .

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ف) ،فكانت قيمة (ف) المحسوبة (5,977) أكبر من قيمة (ف) المجدولة (3.06) عند درجة الحرية (2) و (203) ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مستوى تعرضهم للإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل تعزى لاختلاف الأقدمية.

وبغيت تحديد في أي نوع من الأزواج تكمن هذه الفروق الدالة إحصائياً، تم استخدام اختبار (Scheffe)من أجل المقارنة البعدية بين متوسطات درجات مستوى الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل تعزى لاختلاف الأقدمية ، كما هو موضح في الجدول رقم الآتي :

جدول رقم (52) نتائج المقارنة البعدية بين متوسطات درجات مستوى الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل حسب الأقدمية.

accomplissement personnel
Scheffe

(I) expérience	(J) expérience	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
1,00	2,00	2,46014*	,83452	,014	,4023	4,5180
	3,00	-,67664	1,23618	,861	-3,7250	2,3717
2,00	1,00	-2,46014*	,83452	,014	-4,5180	-,4023
	3,00	-3,13678*	1,19944	,035	-6,0945	-,1790
3,00	1,00	,67664	1,23618	,861	-2,3717	3,7250
	2,00	3,13678*	1,19944	,035	,1790	6,0945

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

2-5 سنة = الرمز 1 /6-10 سنة الرمز 2 /11 سنة و أكثر الرمز 3.

يشير الجدول رقم (52) إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) بين الفئتان ذوي الأقدمية أقل من 2 إلى 5 سنوات و ذوي الأقدمية الأكثر من 11 سنة مع الفئة ذوي الأقدمية من 6 إلى 10 سنوات لصالح الفئة الأخيرة.

أما بالنسبة للإنهاك النفسي ككل فكانت نتائج اختبار (ف) لتحليل التباين كما يلي :

الجدول رقم (53) الإحصاء الوصفي للإنهاك النفسي ككل تعزى لاختلاف الأقدمية

burnout général

expérience	Moyenne	N	Ecart-type	Médiane	Erreur standard de la moyenne
2-5 ans	81,2949	78	11,27819	79,0000	1,27700
6-10 ans	77,8020	101	11,56289	77,0000	1,15055
11 ans et plus	79,6296	27	13,21755	78,0000	2,54372
Total	79,3641	206	11,73814	78,0000	,81783

الجدول رقم (54) يبين نتائج تحليل التباين للإنهاك النفسي ككل تعزى لاختلاف الأقدمية.

burnout général

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	539,140	2	269,570	1,975	,141
Intra-groupes	27706,554	203	136,485		
Total	28245,694	205			

يتضح من الجدول رقم (53) أن المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأقل من ستة سنوات بلغ (81.29) بانحراف معياري يقدر بـ (11.27)، كما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأقل من احد عشر سنة (77.80) بانحراف معياري يقدر بـ (11.56) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي لمجموعة ذوي الأقدمية الأكثر من احد عشر سنة (79.62) بانحراف معياري يقدر بـ (13.21) ، و كلها متوسطات عالية مما يدل على أن كل الفئات تعاني من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي .

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين المتوسطات تم استخدام اختبار (ف) ،فكانت قيمة (ف) المحسوبة (1.975) أصغر من قيمة (ف) المجدولة (3.06) عند درجة الحرية (2) و (203) ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في مستوى تعرضهم للإنهاك النفسي الكلي تعزى لاختلاف الأقدمية.

- و من كل ما سبق يمكن الإجابة على السؤال الرئيسي الثالث للدراسة على النحو التالي:

« لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد العينة في شدة التعرض للإنهاك النفسي تعزي لاختلاف مدة الأقدمية في نفس المنصب » .

السؤال الرئيسي الرابع

5-6 السؤال الرابع: و ينص على ما يلي :

« ما هو مستوى التوافق الزواجي لأفراد عينة البحث من فئة المتزوجون » ؟

و للإجابة على هذا السؤال تم حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري كما تم استخراج النسب المؤوية ، بالإضافة إلى نتائج اختبار (T) لعينة واحدة One Sample T Test بهدف مقارنة دلالة الفرق بين متوسط العينة و القيمة الإخبارية (قيمة المستوى المتوسط) أي الدرجة 100 حسب مصمم المقياس ، وذلك بعد تحويل الدرجات إلى متوسطات.

تهدف هذه العملية الإحصائية إلى اختبار الفرض باختلاف متوسط التوزيع عن قيمة ثابتة يطلق عليها في برنامج (spss) القيمة الإخبارية (Test value) ، و كانت النتائج كما يلي :

الجدول رقم (55) التوزيع التكراري لدرجات أفراد العينة على مقياس التوافق الزواجي

التوافق الزواجي	المستويات	عدد الأفراد	النسبة المئوية	الدرجة الدنيا	الدرجة العليا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي الكلي
عدم التوافق الزواجي	DAS<75	66	%52.38	31	74	49.90	11.40	79.13
التوافق الزواجي متوسط	DAS>=75<100	27	%21.42	75	98	86.66	5.95	
التوافق الزواجي مرتفع	DAS>100	33	%26.19	100	149	131.42	15.15	

يتضح من الجدول رقم (55) أن المتوسط الحسابي لأفراد العينة ذوي مستوى التوافق الزواجي الضعيف بلغ (49.90) بانحراف معياري يقدر بـ (11.40)، و بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة ذوي مستوى التوافق الزواجي المتوسط (86.66) بانحراف معياري يقدر بـ (5.95) ، بينما بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة ذوي

مستوى التوافق الزواجي المرتفع (131.42) بانحراف معياري يقدر بـ (15.15) وتدل هذه النتائج حسب معايير تصنيف مستويات التوافق الزواجي لسبانيه ، أن أغلبية أفراد العينة أي بنسبة 52.38 % يعانوا من عدم التوافق الزواجي ، بينما كانت نسبة أفراد العينة الذين كان مستوى التوافق الزواجي لديهم متوسط و مرتفع يقدر على التوالي ب21.42% و 26.19 %

وبعد تقدير المتوسط الحسابي للعينة، تمت مقارنته بالدرجة **100** المستخلصة من مقياس التوافق الزواجي (حسب مصمم المقياس) باستخدام اختبار t لعينة واحدة ، حيث أسفرت المقارنة على وجود فرق بلغ 6.449- بدرجة حرية قدرت ب 125 ، و أن هذا الفرق دال إحصائيا عند المستوى 0.05 ،و يتبين أن Sig. = 0.00وهي اقل من 0.05 ، لذلك فان متوسط درجة التوافق الزواجي لعينة البحث لا يساوي 100 ، والسؤال هنا هو اكبر أم اصغر من (100) ، وللإجابة على هذا السؤال نجد أن قيمة t = −6.449 أي سالبة دليل على أن متوسط المجتمع يقل عن 00 ، و قد تم تلخيص نتائج المقارنة في الجدول الأتي:

الجدول رقم (56) نتائج اختبار t لعينة واحدة لدلالة الفروق على مقياس التوافق الزواجي

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 100					
					Intervalle de confiance 95% de la différence	
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Inférieure	Supérieure
DAS	-6,449	125	,000	-20,86508	-27,2681	-14,4620

تبين نتائج هذه المقارنة بوجود فرق دال إحصائيا بين أفراد عينة الدراسة (فئة المتزوجون) من حيث درجة توافقهم الزواجي ، و كان الفرق لصالح الفئة التي تعاني من تدني مستوى توافقها الزواجي، و منه يمكن الإجابة على السؤال الرئيسي على النحو التالي :

- مستوى التوافق الزواجي لأفراد عينة البحث من فئة المتزوجون ضعيف.

السؤال الرئيسي الخامس

6-6 السؤال الخامس: و ينص على ما يلي:

« هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي بأبعاده والتوافق الزواجي لدى عينة الدراسة من فئة المتزوجون؟ »

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل الارتباط الخطي لبيرسون والجداول التالية توضح الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث و كذا قيمة معامل الارتباط ودلالته الإحصائية .

الجدول رقم (57) الإحصاء الوصفي لمتغيرات البحث

	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
التوافق الزواجي	126	79,1349	36,31602
الإجهاد الانفعالي	126	38,2778	7,35678
تبلد المشاعر	126	17,8175	5,20523
الشعور بالانجاز	126	27,4603	6,03808
الإنهاك النفسي الكلي	126	83,5556	11,64444

الجدول رقم (58) نتائج معامل الارتباط بيرسون

		الإنهاك النفسي	تدني الشعور بالانجاز	تبلد المشاعر	الإجهاد الانفعالي	التوافق الزواجي
التوافق الزواجي	Corrélation de Pearson	-,305**	,514**	-,356**	-,653**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,000	,000	
	N	126	126	126	126	126
الإجهاد الانفعالي	Corrélation de Pearson	,700**	-,153	,329**	1	-,653**
	Sig. (bilatérale)	,000	,088	,000		,000
	N	126	126	126	126	126
تبلد المشاعر	Corrélation de Pearson	,707**	,100	1	,329**	-,356**
	Sig. (bilatérale)	,000	,267		,000	,000
	N	126	126	126	126	126
تدني الشعور بالانجاز	Corrélation de Pearson	,467**	1	,100	-,153	,514**
	Sig. (bilatérale)	,000		,267	,088	,000
	N	126	126	126	126	126
الإنهاك النفسي	Corrélation de Pearson	1	,467**	,707**	,700**	-,305**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,001
	N	126	126	126	126	126

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الجدول رقم (59) ملخص نتائج معامل الارتباط بيرسون

المتغيرات	الإجهاد الانفعالي	تبلد المشاعر	تدني الشعور بالانجاز	الإنهاك النفسي
التوافق الزواجي	-0.65	-0.35	0.51	-0.30

وكما يتضح من جدول (58) بعد حساب معامل الارتباط الخطي لبيرسون بين درجات أفراد العينة من فئة المتزوجون في الإنهاك النفسي ودرجاتهم في التوافق الزواجي، أن الإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي سجل ارتباطا سلبيا قويا مع التوافق الزواجي حيث قدر معامل ارتباط بيرسون ب (-0.65)، وكذلك الحال بالنسبة للإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز حيث سجل ارتباطا موجب قوي مع التوافق الزواجي قدر ب (0.51)، أما البعد الثالث و الأخير أي تبلد المشاعر فقد سجل ارتباطا سلبيا ضعيف قدر ب (-0.35)، و في علاقة الإنهاك النفسي ككل و التوافق الزواجي يتبين من الجدول أن معامل الارتباط كان سلبي متوسط يقدر ب (-0.30) و كل النتائج السابقة الذكر دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 ،ومنه يمكن الإجابة على السؤال الخامس أنه توجع علاقة ارتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي بأبعاده والتوافق الزواجي لدى عينة الدراسة من فئة المتزوجون.

السؤال الرئيسي السادس

6-6 السؤال السادس : و ينص على ما يلي :

هل يختلف مستوى التوافق الزواجي باختلاف الجنس لدى عينة الدراسة المنهكة نفسيا ؟ و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش للإنهاك النفسي.

للإجابة على هذا السؤال قمنا بحساب كل من المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، الخطأ المعياري لدرجات أفراد عينة البحث المنهكة نفسيا (الذكور و الإناث) على مقياس الإنهاك النفسي تبعا للأبعاد الثلاثة لتناذر الظاهرة حسب ماسلاش ، و تم تلخيص النتائج في الجدول الآتي :

الجدول رقم (60) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد عينة البحث المنهكة نفسيا (الذكور و الإناث) على مقياس الإنهاك النفسي و مقياس التوافق الزواجي

المتزوجون المنهكون	الجنس	عدد الأفراد	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التوافق الزواجي
الإجهاد الانفعالي	ذكور	50	%41.66	33.16	3.32	94.20
	إناث	70	%58.37	34.17	5.01	62.71
تبلد المشاعر	ذكور	35	%34.65	16.31	3.11	94.17
	إناث	66	%65.34	21.22	3.74	63.13
الشعور بالانجاز	ذكور	41	%46.59	25.24	3.75	85.60
	إناث	47	%53.40	24.10	5.35	55.55

أ/ على مستوى بعد الإجهاد الانفعالي :

يتضح من الجدول رقم (60) أن المتوسط الحسابي للذكور و الإناث في شدة الإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي كان متقاربا حيث قدر على التوالي ب(33.16) و (34.17) إلا أن فئة الإناث كانت أقل توافقا زواجيا حيث قدر المتوسط الحسابي على مقياس التوافق الزواجي بـ (62.71)، و هي درجة ضعيفة مقارنة بفئة الذكور التي تصنف في المستوى المعتدل حيث بلغ المتوسط (94.90) ، أي أن النساء اللواتي

تعاني من تناذر الإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي أقل توافق زواجي مقارنة بفئة الذكور من نفس الحالة.

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين هذين المتوسطين تم استخدام اختبار (ت) لعينتين متجانستين فكانت قيمة (ت) المحسوبة (5.349) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.990) عند درجة الحرية 79.482 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى توافقهم الزواجي لدى عينة البحث المنهكة نفسيا على بعد الإجهاد الانفعالي تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، و تم تلخيص النتائج الإحصائية للمقارنة في الجدول الآتي :

الجدول رقم (61) نتائج اختبار (ت) لاختلاف مستوى التوافق الزواجي و تعزي متغير الجنس على بعد الإجهاد الانفعالي

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes Intervalle de confiance 95% de la différence		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)
DAS	Hypothèse de variances égales	20,978	,000	5,705	118	,000
	Hypothèse de variances inégales			5,349	79,482	,000

ب/ على مستوى بعد تبلد المشاعر:

يتضح من الجدول رقم (60) أن المتوسط الحسابي للذكور و الإناث في شدة الإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر كان جد مختلفا حيث قدر على التوالي ب(16.31) و (21.22) هذا يعني أن الفئة الثانية تعاني من شدة مرتفعة على مستوى هذا البعد مقارنة بالفئة الثانية ، و نفس الشيء إذا تم مقارنة الفئتين على مستوى التوافق الزواجي ، حيث قدر المتوسط الحسابي على مقياس التوافق الزواجي لفئة الإناث بـ (63.13)، و هي درجة ضعيفة تدل على انعدام التوافق الزواجي مقارنة بفئة الذكور التي تصنف في المستوى المعتدل حيث بلغ المتوسط (94.17) ، أي أن النساء اللواتي تعاني من تناذر الإنهاك النفسي على بعد تبلد المشاعر أقل توافق زواجي مقارنة بفئة الذكور من نفس الحالة.

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين هذين المتوسطين تم استخدام اختبار (ت) لعينتين متجانستين فكانت قيمة (ت) المحسوبة (4.285) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (2.009) عند درجة الحرية 50.878 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى توافقهم الزواجي لدى عينة البحث المنهكة نفسيا على بعد تبلد المشاعر تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، و تم تلخيص النتائج الإحصائية للمقارنة في الجدول الآتي :

الجدول رقم (62) نتائج اختبار (ت) لاختلاف مستوى التوافق الزواجي و تعزي متغير الجنس على بعد تبلد المشاعر

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes Intervalle de confiance 95% de la différence		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)
DAS	Hypothèse de variances égales	14.813	,000	4.815	99	,000
	Hypothèse de variances inégales			4.285	50.878	,000

ج/ على مستوى بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل:

و أخيرا على مستوى البعد الثالث يتبين من خلال نفس الجدول (رقم 60)، تقارب المتوسطات الحسابية للذكور و الإناث في شدة الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل حيث قدر على التوالي ب(25.24) و (24.10) ، غير أن فئة الإناث سجلت أضعف مستوى على مقياس التوافق الزواجي ، حيث قدر المتوسط الحسابي بـ (55.55)، و هي درجة جد ضعيفة تدل على انعدام التوافق الزواجي مقارنة بفئة الذكور التي تصنف في المستوى المعتدل حيث بلغ المتوسط (85.60) ، أي أن النساء اللواتي تعاني من تناذر الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل أقل توافق زواجي مقارنة بفئة الذكور من نفس الحالة.

و من أجل معرفة دلالة الفروق بين هذين المتوسطين تم استخدام اختبار (ت) لعينتين متجانستين فكانت قيمة (ت) المحسوبة (4.646) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1.994) عند درجة الحرية 74.751 ومستوى الدلالة (0.05)، مما يعني وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى توافقهم الزواجي لدى عينة

البحث المنهكة نفسيا على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، و تم تلخيص النتائج الإحصائية للمقارنة في الجدول الآتي :

الجدول رقم (63) نتائج اختبار (ت) لاختلاف مستوى التوافق الزواجي و تعزي متغير الجنس على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes Intervalle de confiance 95% de la différence		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)
DAS	Hypothèse de variances égales	8.051	,006	4.730	86	,000
	Hypothèse de variances inégales			4.646	74.751	,000

و من كل ما سبق يتضح لنا جليا تباين مستويات التوافق لدى عينة البحث المنهكة نفسيا باختلاف الجنس، و منه يمكن الإجابة على التساؤل السادس للدراسة على النحو التالي:

- يختلف مستوى التوافق الزواجي باختلاف الجنس لدى عينة الدراسة المنهكة نفسيا ، و كانت فئة النساء أقل توافقا مقارنة بفئة الذكور.

خلاصة الفصل :

لقد تم من خلال هذا الفصل عرض النتائج طبقا لتسائلات الدراسة الحالية، وذلك استنادا لالتحليل العلمي الاحصائي للبيانات المتحصل عليها بعد تطبيق أدوات الدراسة على عينة البحث ، و من كل ما سبق يمكن تلخيص نتائج الدراسة في النقاط التالية :

1) يعاني أفراد عينة البحث من تناذر الإنهاك النفسي ؟ و هذا على مستوى الأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي.

2) تتباين مستويات الإنهاك النفسي باختلاف الحالة الاجتماعية (متوج/أعزب) لدى عينة الدراسة و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي، وكانت فئة المتزوجين أكثر عرضة لتناذر الضاهرة.

3) لا تتباين مستويات الإنهاك النفسي باختلاف الأقدمية لدى عينة الدراسة و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي.

4) يعاني أفراد عينة البحث من عدم التوافق الزواجي.

5) العلاقة بين الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي لدى عينة الدراسة سلبية دالة احصائيا .

6) يختلف مستوى التوافق الزواجي باختلاف الجنس لدى عينة الدراسة المنهكة نفسيا ، وكانت فئة السيدات أقل توافق زواجي.

الفصل السابع
تفسير نتائج الدراسة

تمهيد:

7-1 مناقشة و تفسير نتيجة الفرض الأول

7-2 مناقشة و تفسير نتيجة الفرض الثاني

7-3 مناقشة و تفسير نتيجة الفرض الثالث

7-4 مناقشة و تفسير نتيجة الفرض الرابع

7-5 مناقشة و تفسير نتيجة الفرض الخامس

7-6 مناقشة و تفسير نتيجة الفرض السادس

تمهيد:

في هذا الفصل سنشرع في مناقشة و تفسير النتائج التي توصلت إليه الدراسة الحالية بشكل مفصل حيث تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة علاقة الإنهاك النفسي بالتوافق الزواجي لدى ممارسي الصحة العمومية بعض المتغيرات الوسيطة (الجنس، الحالة العائلية) على متغيرات الدراسة ، لذا قامنا بتطبيق مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش ، كما قمنا بتطبيق مقياس التوافق الزواجي لسبانييه ، وبعد عرض نتائج التحليل الإحصائي تبعناها بمناقشة النتائج على ضوء الأدبيات السابقة حول الموضوع وجاء تفسير النتائج على النحو التالي.

7-1 مناقشة و تفسير نتيجة الفرض الأول : ينص الفرض الأول على:

« يعاني ممارسو الصحة العمومية الجزائرية من مستوى مرتفع من الإنهاك النفسي» ، و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة و المذكورة على مستوى مقياس ماسلاش.

استناداً إلى ما توصلنا إليه على ضوء نتائج التحليل الإحصائي خُلصنا إلى تحقق الفرضية الأولى للدّراسة الحالية حيث وجدنا أن الأطباء و الممرضين من عينة البحث العاملين في مصالح (الاستعجالات، الإنعاش و الجراحة العامة) يعانون من تناذر الإنهاك النفسي وهذا وفقاً لأبعاده الثلاثة حيث سجّلنا شدة مرتفعة على مستوى البعد الأول من مقياس الإنهاك النفسي و الذي يمثل الإجهاد الانفعالي (الجدول رقم 35)، وهو التظاهرة المحورية لتناذر الإنهاك النفسي أي شعور الممارس بأنه مفرغ انفعاليا كما يعكس تعب مزمن وإحساس باستنفاذ الموارد الانفعالية (Maslach 1982) ، كذلك لمسنا ارتفاع الشدة على مستوى البعد الثاني من مقياس الإنهاك النفسي و الذي يمثل فقدان الشعور التعاطفي أو التهكم (الجدول رقم 37)، وهو بمثابة البعد البين شخصي الاجتماعي للإنهاك النفسي و يتجسّد في تطوير مواقف لاشخصية ، سلبية تهكمية حيال الأشخاص الذين تُقدم لهم الخدمة (المرضى) وحتى الزملاء و مؤسسة العمل (Didier Truchot 1996).

وقد اعتبر كل من (Fisher & Truchot 2002) نقص الشعور التعاطفي أو اللاشخصية كإستراتيجية مواجهة غير متوافقة تهدف إلى مواجهة إنهاك الموارد الداخلية بعمل الطبيب على إبعاد إرغامات المهنة والهروب من طلبات المرضى و عائلاتهم من أجل حماية نفسه .

وأخيراً على مستوى البعد الثالث لمقياس الإنهاك النفسي فقد تحصلنا على نتائج مشابهة حيث كانت درجات الأطباء و الممرضون تدل على ارتفاع الشدة فيما يخص نقص الإنجاز الشخصي أو الفعالية المهنية (الجدول رقم 39) ، والذي يعني في الوقت نفسه الإنقاص من قيمة مهنتهم و كفاءاتهم مع انخفاض في تقدير الذات ، فهم لا يسندون أي قدرة لذواتهم مقتنعين بعجزهم على الاستجابة فعلياً لمتطلبات مهنتهم ، و يمثل هذا المستوى حسب (Didier Truchot) بعد التقييم الذاتي للإنهاك النفسي.

كما يوضح الجدول رقم (41) أن قيم اختبار (كا2) المحسوبة أكبر من قيمة (كا2) المجدولة عند مستوى الدلالة (0.01) وذلك على مستوى الأبعاد الثلاثة وكذا الإنهاك النفسي الكلي مما يعني وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين المستويات الثلاثة لأبعاد الإنهاك النفسي لدى أفراد العينة.

وقد أجمعت على هذا الرأي العديد من الدراسات و البحوث التي أجريت في هذا المجال منها دراسة (Rodary 1993و Maslach 1981) حيث أثبتت أن العاملين بمصالح الصحة و المشرفين على التمريض، يظهرون استعدادا كبيرا للضغط و للإنهاك النفسي و هذا لكونهم عرضة لمواجهة و الاستجابة للعديد من المواقف الضاغطة في آن واحد، إذ يستلزم أداء هذه المهنة قدرات و استعدادات معتبرة، و كثيرا ما تبرز عوامل مختلفة في المحيط المهني تحد من قدرات الممرض و إمكانياته التكيفية، و بالتالي تصبح مصدرا للضغط مما يؤدي بالفرد إلى عدم التحكم في المواقف و إلى اختلال توازنه، فيظهر أثر ذلك على نوعية المردود العلاجي، و كما نعلم أن الممرض معرض مباشرة لمعاناة المرضى و من واجباته الأساسية التعامل مع هذه المعاناة و محاولة إنقاصها إن أمكن ذلك من جهة، دون إهمال رعاية المريض من جهة أخرى، فهو مضطر لمواجهة الألم و مجبر على كبح شعوره و عدم التأثر بهذا الألم لكي لا تقل مردوديته في العمل، و

هذا من شأنه أن يعكر صفو يوم كامل من العمل، إن لم نقل أياما، خاصة إذا تعلق الأمر ببعض أنواع العلاج. لذا يستلزم من الممرض أن يكون في استعداد على الدوام. (Sylvie antoine, 2000).

و ترى (Maslach 1981) أن طبيعة عمل التمريض هي في حد ذاتها مصدرا للضغط و الإنهاك، نضرا لكون الممرض عرضة باستمرار للأخطار المهددة لحيويته، كعبء العمل و العوامل الانفعالية، كمواجهة الحالات المستعجلة و الخطيرة. كما أنه في حالة الوفاة غالبا ما يشعر بالفشل و تأنيب الذات و هو في مواجهة يومية مع الموت و عذاب المرضى مما يزيد أكثر فأكثر شعوره بالضغط ، بغيت تقييم أهمية الإنهاك النفسي، و من أجل تحديد عوامل خطورته و كذا توجيه الإجراءات الوقائية، فإن إدارة العلاج التمريضي لمستشفى Bordeaux الجامعي بفرنسا، اتخذت مبادرة القيام بتحقيق على مستوى الممرضين خلال شهر أفريل 1999 ، فاستعانت بعينة تقدر ب 837 ممرض أو ما يعادل % 30 من مجموع 3000 ممرض فتوصلت نتائج هذا التحقيق إلى أنه 17%من الممرضين يعانون من إنهاك انفعالي، % 15 من فقدان الشعور التعاطفي و % 24 من نقص الإنجاز الشخصي في العمل .هذه النتائج تبين أن 500 ممرض يعانون من إنهاك مهني، ما يقارب 2 إلى 3 ممرض في كل مصلحة، نفس الدراسة بينت أن الأشخاص اللذين هم أكثر عرضة للإنهاك النفسي، هم الذين يعانون من مشاكل صحية) الصداع، آلام الظهر (أو بالأحرى الذين لا يستفيدون من مساندة حقيقية في مواجهة الآلام التي يعانيها مرضاهم. Helen Quancard - Miel,2000

و قد أقرّت العديد من الدراسات التي أجريت على الممرضين و من بينها دراسة (Londau 1992) في ألمانيا ، و دراسة (Saint Arnaud 1992) بكندا ، ودراسة (Estryn Behar 1990) بفرنسا أن نحو 20 % إلى 30 % من الممرضين يعانون من إجهاد انفعالي مرتفع.

و قامت (Stordeur 1998) بجمع حوالي 625 استمارة اشتملت على دراسة لقياس نسبة الإنهاك النفسي لدى الممرضين و علاقة هؤلاء برئيس المصلحة، فتوصلت إلى شدة متوسطة على مستوى بعد الإجهاد الانفعالي، أي ما يعادل 24.3 و أن هذه الشدة ترجع لعوامل و ضغوطات دقيقة من بينها نقص الدعم الاجتماعي، الضغوطات في العمل، الصراعات بين الزملاء، وفاة المرضى و معاناتهم.

و في نفس السياق توصلت دراسة (جلولي شتوحي نسيمة 2003) من جامعة الجزائر على عينة قوامها 140 ممرض من المستشفى الجامعي مصطفى باشا ، بعد تطبيق مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش ، إلى أن أفراد العينة تعاني من شدة مرتفعة على بعد الإجهاد الانفعالي و من شدة متوسطة لكل من فقدان الشعور التعاطفي و نقص الإنجاز الشخصي في العمل.

أما فيما يخص الدراسات التي أقيمت على الأطباء فهي قليلة ومع ذلك نذكر البعض منها كدراسة (حاتم وهيبة 2005) من جامعة الجزائر حيث و اثر دراستها لتناذر الإنهاك النفسي عند 420 طبيب من العاملين بمستشفيات العاصمة قسم الاستعجالات، فتوصلت إلى أن قرابة 55.47 % من الأطباء يعانون من الإنهاك الانفعالي ، و 42.85 % من نقص الإنجاز الشخصي و 45.71 % من فقدان الشعور التعاطفي ، كما قدرت نسبة تناذر الإنهاك النفسي ككل ب 54.52 % ، وكلها نتائج تأكد تفشي الظاهرة في مؤسساتنا الصحية وهذا ما آلت إليه نتائج الدراسة الحالية.

كما توصل (Didier Truchot) من جامعة Reims في دراسته على عينة قوامها 490 طبيب إلى أن قرابة 48 % من الأطباء يعانون من الإنهاك الانفعالي ، و 41 % من نقص الإنجاز الشخصي و 33 % من فقدان الشعور التعاطفي أو تجرد العلاقة بالآخر من طابع الإنسانية (Bruno Keller 2002).

في الملتقى الفرنسي المغاربي التاسع عشر للطب العقلي ذكر ، (Chakali 2000) ذكر الباحث في دراسته حول تناذر الإنهاك النفسي التي أجريت في مركز مكافحة السرطان بالبليدة على عينة قوامها 231 فرد من أطباء و ممرضين طبق عليهم مقياس MBI و أسفرت نتائجها على ما يلي:

60% من الأطباء يعانون من إنهاك انفعالي و 40 % يعانون من نقص الشعور التعاطفي و 24 % من الأطباء يعانون من نقص الإنجاز الشخصي .

أما فيما يخص الطاقم شبه الطبي : 80 % يعانون من إنهاك انفعالي ، 30 % من نقص الشعور التعاطفي و 30 % يعانون من نقص الإنجاز الشخصي .

من خلال نتائج الدراسات الآنفة الذكر و نتائج دراستنا الحالية نفترض أن معاناة الأطباء و الممرضين من تناذر الإنهاك النفسي نابعة من كونهم عرضة لمواجهة و للاستجابة للعديد من المواقف الضاغطة في آن واحد و لأن محيط العمل في المصالح موضوع الدراسة الحالية تزيد من الضغوط خصوصًا إذا كانت الوسائل المادية و التنظيمية غير كافية ، استلزم أداء هذه المهنة قدرات و استعدادات معتبرة ، فكثيرًا ما تبرز عوامل عديدة في المحيط المهني تحد من قدرات الممارس و إمكانياته التكيفية ، وبالتالي تصبح مصدرًا للضغط مما يؤدي به إلى عدم التحكم في المواقف وإلى اختلال توازنه فيؤثر ذلك على النوعية التقنية للعلاج ، كما أن الممارس معرّض باستمرار لمعاناة المرضى و آلامهم و من واجباته الأساسية التعامل مع هذه المعاناة و التخفيف منها مما يجعله يشكو العبء الانفعالي الذي يؤثر بدوره على النوعية العلائقية للعلاج.

فقد توصل الباحثين خلال ما يزيد عن 10 سنوات من الدراسات في هذا الميدان سواء كانت في الولايات المتحدة الأمريكية ، كندا أو في أوروبا إلى التأكيد على العلاقة الموجودة بين التجارب الخاصة بالوضعيات المهنية الشاقة انفعاليًا و تناذر الإنهاك النفسي الذي يحل شيئًا فشيئًا و يجعل العاملين بمهن المساعدة في حالة فشل أمام تعدد المهام و تعقدها ، خصوصًا لما يباشرون مهنتهم بتوقعات مثالية عالية و حماس شديد .(Schaufeli , Maslach &Marek ,1993)

يضم المحيط الاستشفائي الكثير من عوامل الضغط بعضها يرتبط بطبيعة العمل نفسه كالعبء الكمي و النوعي للمهام ، و كذلك بالعلاقات الإنسانية التي تربط الطبيب أو الممرض بمريضه ، و بمختلف عناصر الفريق الطبي ، و بعضها الآخر يرتبط بطريقة تنظيم العمل كنظم الترقية و الأجور و مواعيد العمل و وسائله ، وقد ذهبت الجمعية الأمريكية لأطباء الأسنان في دراسة أجرتها على 150 طبيب إلى أن العامل الأول الذي يشكل الضغط عند هذه الفئة هو العلاقات مع المرضى التي غالبًا ما تكون مشحونة انفعاليًا و تولد لدى الطبيب القلق و الاضطرابات الانفعالية مما يزيد من درجة حساسية الطبيب نحو مريضه. (Stora 1991).

و كذلك توصل (Grath 1989) في إحدى دراساته الهادفة إلى الكشف عن عوامل الإنهاك النفسي في القطاع الصحي ، إلى أن متطلبات المريض الانفعالية تعد المصدر الرئيسي للضغط و العلاقات المهنية عمومًا ، فالممارس يخضع باستمرار لمتطلبات المرضى و التي غالبًا ما تفوق قدراته الاستجابية ، فيبدأ بالشعور بعدم الفعالية ويفقد نتيجة هذا الشعور التعاطفي إزاء المرضى فيصبح تهكمي في معاملاته مع المرضى و عائلاتهم ، و يقيّم إنجازاته المهنية تقييمًا سلبيًا، وهذا ما دفع بأطباء العمل إلى القيام ببعض الدراسات من بينها تلك التي استهدفت تشخيص المحددات التنظيمية و النفس اجتماعية للضغط لدى الطاقم الطبي و الشبه الطبي للمصالح الطبية و الجراحية للمستشفى الجامعي لعنابة و قد بلغت نسبة الإجابات 65 % من مجموع 320 استبيان وزع على عينة من المهنيين الشباب، غالبيتهم من النساء و الذين تقل أعمارهم عن 35 سنة.

وقد انتهت النتائج إلى كون البعد التنظيمي من أهم العوامل المسببة للضغط و الإنهاك النفسي حيث تراوحت نسبته مابين 60 إلى 82 % إذا ما قوبل بعامل الجنس ، السن ، الأقدمية و نوعية المهام فيما كان البعد النفسي/ العلائقي أقل تأثرًا من 10 إلى 21 %. (Gueroui & col , 2004).

وإذا تكلمنا عن الممرضون فغالبا ما تعتبر العناية بالآخرين كأحد الأسباب الرئيسية المؤدية للإنهاك عندهم ، فبالإضافة إلى العبء الكمي و النوعي للعمل، ومواجهة الألم و الموت ، فإن طبيعة المهمة غير المرغوب فيها و التي تعتبر من مسؤوليات الممرض نحو المريض لضرورة العناية بجسم المريض و نظافته، إضافة إلى طبيعة علاقة الممرض بعائلات المرضى، زد على ذلك قلة التجهيزات و المعدات الطبية و نقص الأدوية، و من جهة أخرى طريقة تنظيم أوقات العمل و التي تجعل الممرض في حالة إنهاك انفعالي و فقد الشعور التعاطفي إزاء الآخرين.

كما أن النقص في الإنجاز الشخصي في العمل يرجع إلى تذبذب العلاقات المهنية بين الممرضين، حيث ينتج عنه نوع من الاضطراب و القلق و الانزعاج و بعض أنواع العدوانية و الهجومية، و يحدث ذلك نتيجة صراعات تتعلق بتحديد أدوار العمل، و اتخاذ القرارات التي غالبا ما تتضارب و تتداخل مما ينجز عنه

الشعور بالإحباط، إذ أن عدم تحديد صلاحيات الممرض في هذا القطاع بدقة أدى إلى التخلي عن المسؤولية، و أصبح كل عامل يرفض القيام بنشاطات معينة، كإجراء النظافة و الوقاية لأنه يعتبرها كفقدان للهوية و احتقار لإمكانياته و ليست من مهامه ، فيعيش الممرض في صراع دائم مع زملاءه في العمل . (موساوي 2001).

كما أكدت ذلك الباحثة (Maslach 1982) التي ترى أن طبيعة مهنة التمريض نفسها هي مصدر للإنهاك ،فإدراك فعالية الذات عند الممرض يؤثر على انفعالاته ، فإن هو بقي عاجزا عن التدخل و استخدام قدراته التي اكتسبها طيلة مراحل التكوين بسبب عدم وجود وسائل العمل، فإن ذلك لا يمكن أن يؤدي إلى إهمال عمله مادام غير قادر على تحقيق الأهداف و لا يزيد ذلك إلا شعوره بعدم الفعالية و بالتالي الإنهاك. و تؤكد الباحثتان (Maslach et Jackson 1981) أن للشعور بالقدرة على التأثير في مسار الأحداث دعم و تعزيز لقدرة الفرد على الإنجاز، و هو ما يؤثر مباشرة في درجات الإنهاك.

كما أن من العوامل التي قد تزيد في شدة الإنهاك النفسي، أوقات العمل، ففي هذا الصدد قام كل من (Lert، Marne،Guegen 1993) بدراسة طويلة ما بين 1980 و 1990 حول ظروف عمل الممرضات بالمستشفيات العمومية الفرنسية، و التي ضمت 571 ممرضة تعمل بعضهن بدورية النهار و البعض بدورية الليل، و البعض الآخر بالتناوب، و كانت من أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، أن نوعية ساعات العمل بمعنى المضبوطة و المبرمجة مسبقا مع فترات كافية للراحة كانت من بين أهم عوامل الرضا عند الممرضات، أما ساعات العمل التناوبي خاصة العمل الليلي، فتمثل عاملا من عوامل الإنهاك ، حيث يترتب عن نقص اليد العاملة زيادة ساعات المداومة ، و هذا ما أكده (Fitter 1987) حول البحث عن مصادر الضغط عند الممرضين حيث توصل إلى 8 مصادر من بينها العمل في أوقات مضطربة، صراعات بين الزملاء، ثقل العمل، صعوبات العمل و خاصة عندما يكون عبارة عن عمل جسدي، الاهتمام بمسؤولية تكوين المتربصين الجدد، الاستعجالات، و أخيرا مواجهة التغيرات في مجال العمل.

و بعد مراجعة نتائج هذه الدراسات و دراسات أخرى يتبين أنها أجمعت كلها على تفشي ظاهرة الإنهاك النفسي في الأوساط الاستشفائية و عمت أغلبية الممارسين من طبيب و ممرض ، كما أنها أجمعت على بلوغ أعلى مستويات الإنهاك النفسي في مصالح العناية المكثفة خاصة منها الإنعاش و الاستعجالات و هذا ما آلت إليه نتائج هذه الدراسة الحالية ففئة الممارسين من المهن الاجتماعية المعرضة للإنهاك النفسي، فالممارس في الصحة العمومية الجزائرية لا يخرج عن هذه القاعدة فالأسباب السالفة الذكر منفردة كانت أو متداخلة تكمن وراء معاناة الممارسون في الصحة العمومية من ارتفاع مستويات الإنهاك النفسي.

2-7 مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الثانية التي تنص على ما يلي:

« هناك فروق جوهرية دالة إحصائيا بين أفراد عينة البحث في شدة الإنهاك النفسي تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية لصالح فئة المتزوجون» ، و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة و المذكورة على مستوى مقياس ماسلاش.

استنادًا إلى ما توصلنا إليه على ضوء نتائج التحليل الإحصائي خُلصنا إلى تحقق الفرضية الثانية للدّراسة الحالية حيث وجدنا اختلاف جوهري دال إحصائيا بين درجات فئة المتزوجون و فئة العزاب على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش وهذا وفقًا لأبعاده الثلاثة ، و معنا ذلك أن الممارسين (طبيب و ممرض) المتزوجين أكثر تعرضا للإنهاك النفسي مقارنة بفئة العزاب من عينة الدراسة.

حيث سجّلنا شدة مرتفعة لنتائج كلى الفئتان على مستوى البعد الأول من مقياس الإنهاك النفسي و الذي يمثل الإجهاد الانفعالي ، إلا أن فئة المتزوجون كانت أكثر شدة بمتوسط يقدر ب(38.27) مقارنة بفئة العزاب التي سجلت (28.5) (أنظر الجدول رقم 43) ،علما أن الحد الأدنى للمستوى المرتفع حسب ماسلاش هو الدرجة (28)، ومنه يمكننا القول أن الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت أي ثمة فروق جوهرية دالة إحصائيا بين درجات فئة المتزوجين و فئة العزاب على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش على بعد الإجهاد الانفعالي لصالح فئة المتزوجين.

كذلك لمسنا ارتفاع الشدة على مستوى البعد الثاني من مقياس الإنهاك النفسي و الذي يمثل فقدان الشعور التعاطفي أو التهكم لفئة المتزوجون مقارنة بفئة العزاب التي تتمركز درجاتها على مقياس الإنهاك النفسي في المستوى المتوسط (الجدول رقم 44) ، ومنه يمكننا القول أن فرضية الجزئية الثانية قد تحققت أي أنه ثمة فروق جوهرية دالة إحصائيا بين درجات فئة المتزوجون و فئة العزاب على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش على بعد فقدان الشعور التعاطفي لصالح فئة المتزوجين.

وأخيرًا على مستوى البعد الثالث لمقياس الإنهاك النفسي قد تحصلنا على نتائج مشابهة حيث كانت درجات فئة المتزوجون تدل على ارتفاع الشدة فيما يخص نقص الإنجاز الشخصي أو الفعالية المهنية مقارنة بفئة العزاب التي تتمركز درجاتها في المستوى المتوسط (الجدول رقم 45)، الأمر الذي يجعلنا نقبل الفرضية

الجزئية الثالثة أي أنه ثمة فروق جوهرية دالة إحصائيا بين درجات فئة المتزوجون و فئة العزاب على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش وذلك على بعد نقص الإنجاز الشخصي لصالح فئة المتزوجون.

و إثر تطرقنا إلى أدبيات الدراسات حول موضوع الإنهاك النفسي، يتضح جليا أن معظم الدراسات قامت بربط الظاهرة بالعديد من المتغيرات في مقدمتها الجنس، السن، الأقدمية في المنصب ومتغيرات أخرى كمركز الضبط و الالتزام التنظيمي... إلا أن القليل منها اهتمت بدراسة الاختلاف في تناذر الظاهرة موضوع الدراسة تعزى لمتغير الحالة العائلية، ونذكر في هذا الصدد دراسة (نوال بنت عثمان بن احمد الزهراني 2008) من جامعة أم القرى بالمملكة العربية السعودية ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين الإنهاك النفسي و بعض سمات الشخصية (الثبات الانفعالي – الاجتماعية – السيطرة – المسؤولية) و كذلك معرفة إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الإنهاك النفسي نتيجة لاختلاف (سنوات الخبرة – العمر – المؤهل – الحالة الاجتماعية) ، لدى عينة من العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة جدة ، و قد قامت الباحثة باختيار (150)عاملة بطريقة عشوائية حيث تم تطبيق مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش ، وقد افترضت الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الإنهاك النفسي لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة لاختلاف الحالة الاجتماعية .

إلا أن النتائج جاءت مخالفة لتوقع الباحثة ومؤيدة لما تم التوصل إلية خلال الدراسة الحالية، حيث بلغت قيمة اختبار (ت) (2.76) وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.001) وهذا يعنى وجود فروق بين المتزوجات وغير المتزوجات في الإنهاك النفسي، يعزى لاختلاف الحالة الاجتماعية، أي أن المتزوجات أكثر إنهاكا من غير المتزوجات ، وعليه فإن الحالة الاجتماعية تعتبر إحدى العوامل التي تساهم في حدوث الإنهاك النفسي ، وتعلل الباحثة هذه النتيجة بأن المتزوجات أكثر عرضة لضغوط الحياة اليومية نتيجة لمسؤوليات الحياة الزوجية و متطلباتها و وجود الأطفال ، لذلك كن أكثر إنهاكا من غير المتزوجات .

وجاءت نتائج الدراسة العرضية التي قام بها الاتحاد الجهوي للأطباء الخواص (URML) في منطقة Poitou-Charentes الفرنسية سنة 2002 ، على عينة قوامها 2500 طبيب من الجنسين مطابقة لنتائج الدراسة الحالية ، حيث تم تطبيق مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش ، وأسفرت النتائج على وجود فروق جوهرية في مستوى الإنهاك النفسي تعزى الحالة الاجتماعية ، حيث كانت فئة المتزوجون أكثر تعرضا للإنهاك النفسي مقارنة مع فئة العزاب.

كما أكدت دراسة الطبيب (Dr Léopold 2003) لصالح المجلس الوطني لكلية الأطباء بمدينة (Avignon) الفرنسية حول علاقة ظاهرة الانتحار عند الأطباء بالإنهاك النفسي، حيث أسفرت النتائج أن قرابة 14% من حالات محاولة الانتحار كان ورائها أطباء متزوجون مقابل 3.55 % للعزاب، و حسب ما أسفرت عليه المقابلات التي أجراها الباحث مع فئة المتزوجون ، أن مخلفات الإنهاك النفسي لا ينحصر على محيط العمل و حسب ، بل يتعداه للتأثير سلبا على الحيات العائلية عامة و العلاقات الزوجية خاصة ، حيث صرح الأطباء موضوع الدراسة أن تراكم و تأزم الأعراض النفسية و الصحية بالإضافة إلى تدني نوعية العلاقات الزوجية و تراكم المشاكل و الأزمات العائلية جراء التعرض للإنهاك النفسي أدى بهم إلى محاولة إنهاء حياتهم.

و من جهة أخرى اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (العطية وعيسوي 2004) ، التي هدفت إلى التعرف على مستوى الإنهاك النفسي لدى عينة من العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر، وعلاقته بعض المتغيرات (الجنسية، السن، الحالة الاجتماعية، المؤهل الدراسي، سنوات الخبرة، نوع العمل و نوع الإعاقة). وتكونت عينة الدراسة من(138) من العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة بدولة قطر (قطريات وغير قطريات) ، واستخدمت الدراسة مقياس ماسلاش للإنهاك النفسي لدى العاملين في مجال الخدمات الإنسانية والاجتماعية ، حيث أكدت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجات وغير المتزوجات في الإنهاك النفسي على بعد نقص الشعور بالإنجاز والإجهاد الانفعالي، والدرجة الكلية لصالح غير المتزوجات .

ونفس الشيء بالنسبة لدراسة (يوسف حرب محمد عودة 1998) اثر دراسته لظاهرة الإنهاك النفسي وعلاقتها بضغوط العمل لدى معلمي المدارس الثانوية الحكومية للضفة الغربية قوامهم 558 فرد ، و توصلت نتائج الدراسة إلى عدم ثبوت فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجات وغير المتزوجات في الإنهاك النفسي ، إلا أن فئة المتزوجون أكثر تعرضا لضغوط العمل و يعلل ذلك الباحث إلى أن المعلمين المتزوجين هم أكثر إدراكا لحاجات الطالب وفهمهم لسلوكاتهم .

و يرجع الباحث اختلاف نتائج الدراسة الحالية مع الدراسات المعارضة إلى اختلاف العينة المدروسة كما يختلف محيط المدارس عن محيط المستشفى من حيث الضغوط و الارغامات ، ولعل التباين بين فئة المتزوجين و العزاب في مدى التعرض للإنهاك النفسي يرجع إلى اختلاف الأدوار المسندة لكل فئة ، فبالإضافة إلى المهام المسندة لفئة العزاب تتولى فئة المتزوجين مهام إضافية عائلية كتربية الأطفال و أداء المسؤوليات الزوجية المختلفة ، فتنظيم العمل في المستشفيات و العمل بالمداومة بجعل الممارس يغيب بفترات طويلة عن البيت قد تصل إلى 36 ساعة ، و هذا ما يشكل ضغط إضافي قد يؤدي إلى تذبذب العلاقات العائلية ويكون مصدرا من مصادر التعرض للإنهاك النفسي أكثر من فئة العزاب.

3-7 مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الثالثة التي تنص على ما يلي:

« يوجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطي درجات أفراد العينة في مستوى الإنهاك النفسي تعزى إلى متغير الأقدمية في نفس المنصب لصالح فئة الممارسون الأكثر أقدمية »

للتحقق من صحة الفرض تم حساب كل من المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، الخطأ المعياري و كذا دلالة الفروق بين المتوسطات باستخدام اختبار (ف) لتحليل التباين لمعرفة الدلالة الإحصائية وتم تقسيم الفرضية الرئيسية إلى ثلاثة فرضيات جزئية حسب المستويات الثلاثة لتناذر الإنهاك النفسي ، و استناداً إلى ما توصلنا إليه على ضوء نتائج التحليل الإحصائي خُلصنا إلى نفي فرضية البحث الرئيسية الثالثة حيث لم يسجل اختلاف دال إحصائيا بين درجات أفراد العينة على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش وهذا وفقًا لأبعاده الثلاثة.

حيث تحصلنا على شدة مرتفعة بالنسبة للفئات الثلاثة (الفئة الأولى ذوي الأقدمية تتراوح ما بين 2 و 5 سنوات)، (الفئة الثانية ذوي الأقدمية تتراوح ما بين 6 و 10 سنوت) و (الفئة الثالثة ذوي الأقدمية الأكصر من 11 سنة) على مستوى البعد الأول من مقياس الإنهاك النفسي و الذي يمثل الإجهاد الانفعالي (أنظر الجدول رقم 47) ، إلا أن قيم اختبار (ف) كانت غير دالة إحصائيا ، ومنه يمكننا القول أنه لا تختلف درجات أفراد العينة على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش على بعد الإجهاد الانفعالي باختلاف مدة الأقدمية في المنصب.

كذلك لمسنا ارتفاع الشدة على مستوى البعد الثاني من مقياس الإنهاك النفسي و الذي يمثل فقدان الشعور التعاطفي أو تبلد المشاعر بالنسبة لكل الفئات (الجدول رقم 49) ، إلا أن قيم اختبار (ف) كانت غير دالة إحصائيا ، ومنه يمكننا القول أنه لا تختلف درجات أفراد العينة على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش على بعد فقدان الشعور التعاطفي باختلاف مدة الأقدمية في المنصب.

إلا أن على مستوى البعد الثالث لمقياس الإنهاك النفسي قد تحصلنا على نتائج مخالفة حيث كانت درجات أفراد العينة تدل على ارتفاع الشدة فيما يخص نقص الإنجاز الشخصي أو الفعالية المهنية (الجدول

رقم 51)، غير أن قيم اختبار (ف) كانت دالة إحصائيا ، وبغيت تحديد في أي نوع من الأزواج تكمن هذه الفروق الدالة إحصائياً، تم استخدام اختبار (Scheffe) من أجل المقارنة البعدية بين متوسطات درجات مستوى الإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل تعزى لاختلاف الأقدمية (الجدول رقم 52)، فأسفرت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) بين الفئتان ذوي الخبرة أقل من 2 إلى 5 سنوات و ذوي الخبرة الأكثر من 11 سنة مع الفئة ذوي الخبرة من 6 إلى 10 سنوات لصالح الفئة الأخيرة، الأمر الذي يجعلنا نقبل الفرضية الجزئية الثالثة أي أنه توجد فروق دال إحصائيا بين درجات أفراد العينة على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش على بعد نقص الإنجاز الشخصي ، ولكن ليست لصالح الفئة الأكثر أقدمية بل كانت لصالح الفئة الوسطى أي التي كانت مدة الخدمة في المنصب تتراوح بين 6 الى 10 سنوات.

وأخيرا على مستوى الإنهاك النفسي الكلي فقد تحصلنا على نتائج مشابهة حيث كانت درجات درجات أفراد العينة تدل على ارتفاع شدة الإنهاك النفسي الكلي (الجدول رقم 54)، غير أن قيم اختبار (ف) كانت غير دالة إحصائيا ، ومنه يمكننا القول أنه لا تختلف درجات أفراد العينة على مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش باختلاف مدة الأقدمية في المنصب.

ولذلك استوجب علينا نفي فرضية البحث البديلة وقبول الفرضية الصفرية ، أي تدل البراهين الإحصائية للبحث الحالي أنه لا يختلف أفراد عينة البحث في مستوى الإنهاك النفسي باختلاف الأقدمية في المنصب ، وهذا ما يمكن رده إلى أن ممارس الصحة العمومية المبتدئ يصطدم بواقع يخالف تماما الصورة النى رسمها في ذهنه قبل البدء في ممارسة عمله ، فتكون له في البداية صورة مثالية عن الطب أو التمريض ولكن سرعان ما تنكسر بمجرد ملامسته بحقيقة الميدانية ، فطريقة العمل و المعاملة و التعامل داخل الأوساط الاستشفائية تختلف كثيرا عن الجانب النظري الذي تلقاه أثناء مرحلة تكوينه .

و تتفق النتائج الحالية مع ما توصلت إليه الباحثة (جلولي شتوحي نسيمة 2003) من جامعة الجزائر، اثر دراستها لظاهرة الإنهاك النفسي على عينة قوامها 140 ممرض من المستشفى الجامعي

مصطفى باشا ، بعد تطبيق مقياس الإنهاك النفسي لماسلاش ، حيث أسفرت النتائج على عدم وجود فرق في شدة كل من الإنهاك الانفعالي، فقدان الشعور التعاطفي و نقص الإنجاز الشخصي في العمل بين المجموعات و هذا حسب الأقدمية في العمل.

ومن خلال دراسات اهتمت بجانب الأقدمية في العمل عند الممرضين، و التي قامت بها (Agnes Perry 1997)، حيث توصلت إلى أن الإنهاك المهني ينبع من ثلاثة أوقات أساسية من الحياة المهنية قبل الدخول في المهنة أصلا، عند اختيار المهنة، ثم الدخول في المهنة أي في مواجهة الواقع، وأخيرا في منتصف الحياة المهنية حيث يتم التحكم في المهنة و يصبح التطلع إلى التطور أملا حساسا.

كما أبرز العديد من المؤلفين حسب نفس الباحثة أهمية "صدمة الواقع" و اختفاء المثالية أثناء السنوات الأولى من الاحترافية، فيبدوا أن لا أحد في مأمن منه، غير أن تأقلم الشخص مع مهنته مرهون بهذه المرحلة ، فالسنوات الأولى تعد أول امتحان على الواقع، لذلك على الشخص أن ينتقل من النظرة المثالية التي أعطاها للمهنة إلى النظرة الواقعية ، فتعد خطوة الدخول في المهنة مرحلة جد حاسمة، قد تكون أساسا لصلابة أو هشاشة الممرض.(المرجع السابق ص51).

كما أكدت دراسة الباحثة (أبقار فريدة 2007) اثر دراستها للإنهاك النفسي لدى مستشاري التوجيه المدرسي و المهني، أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا في مستوى الإنهاك المهني تعزي للأقدمية في المنصب و كانت نتائج المقارنة على بعد الإجهاد الانفعالي تقدر ب (ت =0.17) ، و على بعد تبلد المشاعر (ت=1.22) وأخيرا على بعد تدني الشعور بالانجاز (ت=0.88-) و كلها نتائج غير دالة إحصائية.

ونفس الشيء في العديد من الدراسات و منها (عشوي عبد الحميد 2007) ، (خوله يحيى ورنا حامد 2001) ، ودراسة (عدنان الفرج2001) ، ودراسة (فوزية الجمالي وعبد الحميد سعيد 2003) ، ودراسة (أسامه بطاينة و المعتصم) و دراسة (سنو Snow 2008).

فقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات خاصة التي أجريت في المحيط الاستشفائي فمنها من يعزى الاختلاف في مستويات الإنهاك النفسي إلى الفئة الأكثر أقدميه وأخرى إلى الفئة الأقل أقدميه في المنصب.

أما بالنسبة للفريق الأول نجد دراسة المرصد الوطني لسلامة الأطباء بفرنسا تحقيق شمل 920 ممارس تم نشر نتائجه في شهر ديسمبر 2010 عبر الأنترنات (www.conseil-national.medecin.fr) حيث أكدت النتائج على أن 78% من الممارسين الذين يعانوا من الإنهاك النفسي لهم أكثر من 10 سنوات أقدمية في المنصب و ذلك حسب مقياس ماسلاش.

و في دراسة مقارنة على نوعية الحياة لدى الممرضين العاملين للباحث (K. Barau-Baumstarck و آخرون) بعد تطبيق مقياس ماسلاش للإنهاك النفسي على عينة قوامها 147 ممارس من العاملين بمصلحة الإنعاش بمستشفى مرسيليا الفرنسي ، حيث سجلت مستويات عالية للإنهاك النفسي على بعدي الإجهاد الانفعالي و تبلد المشاعر بالنسبة لفئة الممارسين ذوي أقدمية في المنصب تفوق ثمانية سنوات بينما كان المستوى مرتفع على بعد تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل لدى فئة الممارسين ذوي أقدمية في المنصب لا تفوق ثمانية سنوات.عن وكالة الأخبار الطبية العالمية (www.apmnews.com).

ومن الدراسة العربية على محيط التعليم نذكر دراسة (عمر الخرابشة وأحمد عريبات 2005) ، ودراسة (دافيسDavis 2008) حيث وجدوا فرقا لصالح المعلمين الأكثر خبرة.

وكذلك يرى (Brech Garden 1997)، أن قدرة الفرد على التحكم تتوقف على كيفية إدراكه للوضعية، إذن هي ذاتية فردية و انفعالية و منه نفهم أنه من الممكن أن توجد فروق كبيرة بين الممرض المحترف المدرب جسديا، تقنيا و ذهنيا أمام وضعيات حاسمة، و بين شاب جديد في المهنة و الذي ليس في حوزته إلا معلومات نظرية فقط، و التي هي في الحقيقة غير كافية لمواجهة الواقع المهني الصعب، في حين يقول أنه عندما تتجاوز قدرات الفرد التكيف و المقاومة و هذا إما أمام شدة حادث مصدم، أو عند تكرار

الوضعيات الصعبة دون اللجوء إلى الراحة المناسبة، فالضغط هنا يعبر عن طريق عدم القدرة على التفاعل و رد الفعل، و قد يؤدي إلى تعقد الأمور و هنا يصاب الشخص بأمراض جسمية و كذا حالة قلق و اكتئاب.

فقد عاش كل الأشخاص الذين التقيتهم Agnes Perry مرحلة تحكم في المهنة حيث لم تكبحهم أي صعوبة تذكر، إلا أن هذا لم يمنعهم من المعاناة بمجرد الوصول إلى منتصف الحياة، فيبدو أنه بمجرد التمكن في التحكم في المهنة، تدفع الحاجة بالشخص للتطور و البحث عن صعوبات أخرى و رهانات أخرى سعيا إلى ترقية أو تطوير المشوار المهني. فإذا تعذر عليه ذلك لأسباب مختلفة (شخصية، مؤسساتية، أو اجتماعية) فإنه يدخل في حلقة معاناة تبدأ بعرض أولي و هو الملل و فقدان التحفيز في العمل، فيظهر عليه التقليل التدريجي من المثابرة في العمل بالإضافة لمعاناته في الشعور المتزايد بعد نفاعيته، و تحضى الشكاوي المتعلقة بالصعوبات المادية بالأولوية في غالب الأحيان. و ما يؤسف أكثر هو أن كل هذه الالتماسات لا تلقى آذانا صاغية، علاوة على غياب تحسن الظروف المادية على الرغم من الطلبات المتكررة، و في غياب الرد في هذا القبيل، يحس الشخص أكثر فأكثر بأنه مهمل و هكذا فإن الصعوبات المادية المشار إليها مرارا و تكرار تظهر كإشارة لإحساس متزايد بالإهمال تجاه الشخص نفسه، تجاه الناس الذين يستقبلهم و تجاه العمل المؤدي على أكمل وجه.

و حيال كل هذه المشاكل التي لم تجد حلولا، يعرب المحترفون عن شعورهم بفقدان العناية إلى درجة إحساسهم بالافتقار لأي نوع من الوقاية ضد الصعوبات المتفاقمة أثناء آدائهم لمهنتهم، و مع تفاقم المعاناة يعيش الشخص تخوفات متنوعة. الخوف من العنف في علاقاته، الخوف من أن يحمل على عاتقه أعمالا لم يعد يتحكم فيها، الخوف من الآخر و من مجموعات، الخوف من العلاقات بكل بساطة...إلخ...فكل هذه التخوفات و الأزمات تطفوا لتؤثر على العلاقة بالآخر، ليصبح هذا الأخير مهددا، فتسير تلك العلاقة في غموض و رفض للآخر، و هنا تزداد شدة فقدانه للشعور التعاطفي.

كما فسرت كذلك (Agnes Perry 1997) أنه يبدوا أن الشخص أو الممارس قد يضاعف ، آلامه (معاناته) باختياره البقاء في مهنة لا ترضيه قط، أو بالأحرى لم يعد يعرف له معنى أو فائدة ما. إلا أن

أزمة التشغيل التي يعاني منها المجتمع لا تسمح اليوم في أغلب الأحيان بمغادرة منصب العمل و حتى إذا كان لا يصدر منه إلا الإشمئزاز و المعاناة لهذا تقول نفس الباحثة في تجربتها، أنها تتعجب من ضعف عدد الشكاوي من جانب الممرضين الذين يعانون في ظروف آدائهم لعملهم أو من وتيرة سيره و كأن هذه الوضعية تعزز إحساس كبير بالتأنيب الذاتي لعدم قدرة الشخص على القيام بعمله على المستوى المناسب.

أما بالنسبة للفريق الثاني الذي يعتبر أن فئة الممارسين الأقل أقدمية في الوظيفة أكثر تعرضا للإنهاك النفسي، نذكر الدراسة الطولية للباحث (D.Truchot 2004) حيث قام بتطبيق مقياس ماسلاش للإنهاك النفسي على عينة قوامها 1317 طبيب بمنطقة (Ardenne) الفرنسية من سنة 2001 إلى غاية 2004، و كانت النتائج تدل على أن الأطباء الذين لم يتجاوزوا ثلاث سنوات من الخدمة في المستشفى سجلوا مستويات عالية للإنهاك النفسي مقارنة بفئة الأطباء الأكثر أقدمية.

و نفس النتائج التي توصل إليها الطبيب (Dr Guinaud 2005) على 692 طبيب مقيم بمنطقة (Ile de France) الفرنسية ،و دراسة (Helene Quacard2000) حيث أثبتت أن الممرضين الذين يعدون أكثر عرضة للإصابة بالإنهاك المهني هم الشباب.

ومن الدراسة العربية على محيط التعليم نذكر دراسة (منصور السيد 2001) ، (بندر العتيبي 2005)، ودراسة (بالله الجوارنة 2004) ، ودراسة (جاتس Gates 2007) حيث وجدوا فرقا لصالح المعلمين الأقل خبرة .

وهكذا اختلفت النتائج بتنوع البيئات الثقافية وما فيها من ضغوط وتلك النتيجة قد تظهر لأول وهلة أنها غير منطقية ، ولكن يمكن تفسيرها حيث إن كلتا المجموعتين لها من الضغوط ما يعادل المجموعة الأخرى ، فالممارسون صغار الخبرة قد يشعرون بتدني إنجازهم الشخصي مع زيادة إجهادهم البدني ، ولا يحصلون على راتب مناسب للحياة ، ومن ثم فقد يقل رضاهم الوظيفي خاصة إذا كانوا من الشخصيات الطموحة الملتزمة التي تضع كثيرا من الأهداف ، وتسعى لأن تتقدم في عملها بسرعة فتصطدم بالواقع المهني الجامد بما فيه من الضغوطات الجامحة و الوضعيات المجهدة لقدرات الممارس ، مما قد يزيد من ضغوطهم وينتهي بهم الأمر بالوصول لمرحلة الإنهاك النفسي ، أما الممارسون مرتفعو الخبرة فتقع عليهم

ضغوط متشابهة ، ومنها سوء علاقتهم بزملائهم ، وكثرة متطلبات الحياة عليهم ، مع عدم قدرتهم على التكيف معها بطريقة مقبولة ، بل يشعرون بإحباط أهدافهم فيميلون للاستسلام ، ويقرر الممارس منهم أن يظل كما هو أو يلجأ إلى التقاعد المبكر الذي يعتبر من مظاهر الإنهاك النفسي ، ومن جانب آخر فإن عدم وجود فرق لدى عينة الدراسة في الإنهاك النفسي ترجع لعامل الأقدمية ، حيث إن المجموعتين لا يملكون الأساليب التكيفية المناسبة لمقابلة الضغوط وعدم الوصول لمرحلة الإنهاك النفسي ، حيث إن أصحاب الخبرة الكبيرة قد تكون خبرتهم زودتهم بأساليب تكيفيه غير سوية ، مما قد يزيد الضغط عليهم ، إضافة إلى أنهم يتعاملون مع كل شرائح المجتمع ، وكذلك المجموعة الأخرى حديثة الخبرة فيقابلون ضغوطا ولا يملكون الأساليب التكيفية المناسبة للتكيف معها بطريقة مقبولة.

4-7 مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الرابعة التي تنص على ما يلي:

« يعاني ممارسو الصحة العمومية الجزائرية من أفراد عينة البحث (فئة المتزوجون) من عدم التوافق الزواجي »

بينت نتائج الدراسة الحالية لدرجات أفراد العينة على مقياس التوافق الزواجي للباحث سبانييه graham spanier أن أغلبية أفراد العينة أي بنسبة 52.38 % يعانوا من عدم التوافق الزواجي ، بينما كانت نسبة أفراد العينة الذين كان مستوى التوافق الزواجي لديهم متوسط و مرتفع يقدر على التوالي ب21.42% و26.19 % ، وبلغت قيمة t = -6.449 (الجدول رقم 56) أي سالبه دليل على أن متوسط المجتمع يقل عن 100 التي تعتبر القيمة المعيارية للمستوى المتوسط ، و منه يمكن القول أن فرضية البحث الثالثة قد تحققت أي أن معظم أفراد عينة البحث يعانون من عدم التوافق الزواجي.

وتماشت نتائج الفرضية الحالية مع معظم الدراسات الأجنبية منها و العربية كدراسة (رقاد حسين عبد القادر 2008) لتأثير العمل الليلي للممرضين العاملين في وحدات العلاج المكثف بالمستشفى الجامعي القطري ، و استهدفت الدراسة عينة قوامها 75 ممارس من الجنسين و من نتائج البحث تلك الخاصة بمقارنة فئة المتزوجون بالعزاب من حيث مستوى تأثير العمل الليلي ، الصراعات بين زملاء العمل ، ضعف الراتب الشهري و عبء العمل الزائد في الحياة العائلية حيث سجل 61% من فئة المتزوجون يعانون من اضطراب في العلاقة الزوجية مقابل 38% لفئة العزاب ، وكان متغير (العمل الليلي) الأكثر تأثيرا بمعدل 41 %.

ولقد وجد أنه في المهن الطبية يزداد عدم التوافق الزوجي والطلاق وأيضا الاكتئاب وتبلغ نسبة الانتحار أعلاها عند أخصائي التخدير ثم يليهم أطباء العيون ثم الأطباء النفسيون، حيث كان عبء العمل الكبير يمثل الأكثر تأثيرا على الحياة الزوجية ،وفقا لمقال الباحث (الدكتور حسان المالح2007) تحت عنوان« ملائكة الرحمة في خطر » ، و المقتبس من دراسة وصفية لواقع المستشفيات الحكومية بمصر سنة 2006 .

و في دراسة (سلطان المطيري 2007) على الرضاء الوظيفي لأفراد هيئة التمريض و علاقته بجودة الرعاية التمريضية شملت ثلاثة مستشفيات بمدينة جده على عينة قوامها 300 ممارس ، حيث أسفرت النتائج على أن 57% من عينة البحث يعانون من اضطراب العلاقة الزوجية ، و كان السبب الرئيسي حسب نفس الباحث هو تراجع مستوى الرضا الوظيفي.

و في دراسة للباحثة (خليف حورية 2009) حول أثر العبء الزائد لعمل الممارس في المؤسسة الاستشفائية العامة لمنطقة شريعة مدينة البليدة بالجزائر على نوعية العلاج حيث أسفرت النتائج على تأثير عبء العمل الزائد و العمل الليلي على الحياة العائلية بصفة سلبية.

و في دراسة دولية للباحث (Elie Azoulay 2009) من مستشفى Saint-Louis لباريس أقيمت في 24 دولة من بينها فرنسا، الولايات المتحدة الأمريكية و البرازيل على عينة قوامها 7358، حيث هدفت الدراسة إلى تشخيص الحالة النفسية، الاجتماعية و الصحية للممارسين العاملين بمصالح العناية المكثفة بالمستشفيات الجامعية ، و أسفرت النتائج على ما يلي :

- 70% من الممارسين يعانون من خلافات حادة مع عائلات المريض
- 67.3% من الممارسين غير راضين بالإعانة النفسية المتوفرة في محيط عملهم
- 55.8% من العينة يعانون من الأمراض العظمية العضلية musculo-squelettiques
- 54% من عينة البحث يعانون من عدم التوافق الزواجي
- 80% من عينة البحث تعرضوا إلى عدوان (agression).

كما تبين من خلال تحقيق (SESMAT) "الصحة و رضا الأطباء في العمل" ، الذي أجري بين سنة 2007 و 2008 المكمل للتحقيق الأوروبي PRESST-NEXT الذي أجرية بين السنتين 2003 و 2004 ، حيث تم استجواب 3176 طبيب و ممرض (الاستبيان متوفر عبر الموقع التالي : http://www.presst-next.fr/SESMAT/questionnaire01.php) ، حيث تصت النتائج على ما يقارب 29% من الممارسين لهم رغبة كبيرة في ترك المهنة لسبب لأسباب عائلية.

كما سجل المرصد الوطني لسلامة الأطباء بفرنسا تحقيق شمل 920 ممارس تم نشر نتائجه في شهر ديسمبر 2010 عبر الأنترنات (www.conseil-national.medecin.fr) حيث أكدت النتائج على أن 60% من الممارسين يعانوا خلافات عائلية منهم 33% يعانون من خلافات زوجية حادة و هم على حافة الطلاق .

و في دراسة مقارنة على نوعية الحياة لدى الممرضين العاملين للباحث (K. Barau-Baumstarck و آخرون) على عينة قوامها 147 ممارس من العاملين بمصلحة الإنعاش بمستشفى مرسيليا الفرنسي ، تمت المقارنة على ثلاث فئات حسب توقيت العمل (12 ساعة عمل ليل و نهار) ، (10 ساعات عمل ليلا) و (08 ساعات عمل نهارا) فقد تبين على عكس الدراسات سابقة الذكر أن العمل الليلي عند فئة المتزوجون ذوي أطفال يساعد على تنظيم أحسن للشؤون العائلية على عكس العمل بتنظيم 12 و 08 حيث أن 67% من الممارسين العاملين بهذا التنظيم يعانون من عدم التوافق الزواجي. عن وكالة الأخبار الطبية العالمية (www.apmnews.com).

و من كل ما سبق يتضح جليا أن الآثار السلبية لضغوطات و أعباء العمل المتزايدة وظروف العمل في محيط المستشفى و العمل الليلي لن تزول بمجرد انتهاء ساعات العمل بل تلازم الممارس في المحيط الاجتماعي و الأسري لتأثر سلبا عن حياته الزوجية ، ففي المؤسسات الاستشفائية موضوع الدراسة لوحظ نقص فادح في العدد الأدنى للممارسين في مصالح الرعاية المركزة (ممرض واحد لعشرة مرضى) عكس المعايير العالمية التي توصي بتواجد ممرض لكل مريض أو اثنان ، بالإضافة إلى الخوف من الأخطاء الطبية، الخلافات بين أفراد هيئة التمريض في نفس القسم، المعاملة السيئة من قبل المرضى أو عائلاتهم، معاناة ووفاة المريض، زيادة ساعات العمل وقلة عدد أيام الإجازات سواء الاسبوعيه أو السنوية ، فالطبيب مثلا عند الانتهاء من قضاء 24 ساعة مداومة لن ينال إلا 5 ساعات راحة ليباشر يوم آخر من العمل ، و نفس الشيء بالنسبة للممرض الذي يعمل بنظام 24/48 أي يعمل لمدة 24 ساعة غير منقطعة ثم يستريح يومين هذا ما يجعل الممارس يغيب لمدة طويلة عن المنزل ، فالدراسات السابقة الذكر اختلفت من حيث

تحديد العامل الرئيسي وراء اضطراب الحياة الزوجية لممارسي الصحة العمومية ، فمنها من يرجع السبب إلى العمل الليلي و منها من يرجعه إلى عبء العمل المتزايد و البعض الآخر إلى الصراعات بين زملاء العمل و نقص الإمكانيات المادية و البشرية فكل تلك العوامل و عوامل أخرى بتفاعلها و توافرها في محيط العمل تعتبر مؤشرات لظهور الإنهاك النفسي فتأزم الوضع النفسي و الاجتماعي و كذا الصحي للممارس جراء التعرض إلى ضغوط العمل المستمرة و العمل الليلي يؤدي لا محال إلى تراجع الرضا الوظيفي و منه تراجع مستوى الشعور بالانجاز الشخصي في العمل و في غياب إجراءات المساعدة النفسية لهذه الفئة في محيط العمل يقع الممارس ضحية الإنهاك النفسي الذي نتوقع أن تفاقمه يؤدي إلى تدهور العلاقات الاجتماعية عامة و العلاقات الزوجية خاصة (وهذا ما سنتطرق إليه في فرضية البحث الآتية) حيث نجد تدني مستوى التوافق الزواجي و تواصله يكون سبب وراء انتهاء العلاقة بالطلاق ، و تأزم الجانبين (العمل و الأسرة) قد يؤدي بالممارس للبحث عن حلول لمواجهة حالته عن طريق الخمر و المخدرات أو حتى الانتحار.

7-5 مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية الخامسة: والتي تنص على ما يلي:

« توجد علاقة ارتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي والتوافق الزواجي لدى عينة الدراسة من فئة المتزوجين»

وكما يتضح من جدول (58) فقد تم بعد حساب معامل الارتباط الخطي لبيرسون بين درجات أفراد العينة من فئة المتزوجون في الإنهاك النفسي ودرجاتهم في التوافق الزواجي ، أن الإنهاك النفسي على بعد الإجهاد الانفعالي سجل ارتباطا سلبيا قويا مع التوافق الزواجي حيث قدر معامل ارتباط بيرسون ب (0.65-) ، وكذلك الحال بالنسبة للإنهاك النفسي على بعد تدني الشعور بالانجاز حيث سجل ارتباطا موجب قوي مع التوافق الزواجي قدر ب (0.51) ، أما البعد الثالث و الأخير أي تبلد المشاعر فقد سجل ارتباطا سلبيا ضعيف قدر ب (0.35-) ، و في علاقة الإنهاك النفسي ككل و التوافق الزواجي يتبين من الجدول أن معامل الارتباط كان سلبي متوسط يقدر ب (0.30-) و كل النتائج السابقة الذكر دالة إحصائيا عند المستوى 0.01 ، ، و منه تقبل فرضية البحث القائلة بأنه توجع علاقة ارتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي بأبعاده والتوافق الزواجي لدى عينة الدراسة من فئة المتزوجون.

وتتفق هذا النتيجة مع نتيجة العديد من الدراسة منها دراسة (زونجكير Zongker 1990) وكذلك دراسة ، (ماينو ، و كيننونين Mauno & Kinnunen 1999)، فقد توصل الباحث (حساب محمود زكي علي 2008) اثر دراسته لعلاقة الإنهاك النفسي بالتوافق الزواجي وبعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة قدرة ب (200) من معلمي الفئات الخاصة بمحافظة المنيا، إلا إثبات العلاقة السلبية الدال إحصائيا حيث كان معامل الارتباط يقدر ب (0.46−).

كما تبين من خلال نتائج دراسة (رجاء مريم 2008) حول مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض بمستشفيات محافظة دمشق ، أن معاملات الارتباط لبيرسون جاءت دالة إحصائية بين ضغوط العمل و اضطراب العلاقات العائلية لدى عينة الدراسة ، أي أن ارتفاع مستوى الضغوط النفسية المهنية يؤثر سلبا على نوعية الحياة العائلية للفرد.

و اثر التطلع لأطروحة الدكتوراه للباحث (2002 LOUREL Marcel) رئيس مخبر علم النفس جامعة(Rouen) بفرنسا ، تحت عنوان الضغط ، الصحة و الإنهاك النفسي على عينة قوامها (102) من حراس السجون ، تبين أن النتائج أسفرت عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين الإنهاك النفسي و العلاقة الزوجية ، أي تبين أن 86 % من عينة البحث المنهكة نفسيا يعانون من اضطرابات حادة في علاقاتهم الزوجية.

و في دراسة (مارتنيسن وآخرين 2007 Martinussen,et.al) الهادفة إلا كشف أثر الإنهاك النفسي على الأسرة ، وذلك على عينة مكونة من (223) من ضباط الشرطة في النرويج متوسط عمرهم (36) ومتوسط عدد ساعات العمل (39.5) ، من خلال استخدام مقياس ماسلاش ومما توصلت إليه الدراسة أن الضغط العائلي يعتبر منبئا بحدوث الإنهاك النفسي ، فالعلاقة إيجابية بين الضغط المنزلي والإنهاك النفسي وأن الإنهاك النفسي يزيد عنف الزوج ، بلى يزيد صراع الدور لدى الزوج بين دوره في الأسرة والعمل ، مما ينذر بسوء توافقه .

و في دراسة حول مؤشرات الإنهاك النفسي للباحثين (S. Stordeur, C. Vandenberghe, W. D hoore 1999) خصت 625 ممارس بالمستشفى الجامعي ببلجيكا ، فقد صنفت الخلافات الزوجية بين المؤشرات الأساسية لتناذر الإنهاك النفسي بمعدل 37% ، أي أن اضطراب العلاقة الزوجية من العوامل المؤدية للإنهاك النفسي.

بينما تختلف مع نتيجة دراسة (لاري وآخرين 2002 Larry,et.al) ، لاختلف البيئة البحثية وظروفها عن البيئة في مجتمع الدراسة الحالية.

ويمكن تفسير ذلك بأن الممارسون من عينة البحث الذين يعانون من الإنهاك النفسي يتعرض لدرجة عالية من الضغوط الناشئة عن تعامله مع المرضى، و عائلات المرضى، الصراعات بين زملاء العمل، غموض الدور ، العبء الوظيفي الكمي و النوعي، محيط العمل المرهق، معانات المرضى... والتي لا يستطيع التكيف معها رغم استمرارها ، مما قد يزيد من الأعباء الملقاة على كاهله ، وبالتالي يعود لبيته

محملا بمثل تلك الأعباء الوظيفية ، إضافة لأعباء البيت التي قد تترك أثرا سلبيا في نفس الممارس ، فتضطرب علاقته بأسرته ومن فيها (الزوجة وا لأولاد) ، وهذا يتفق مع ما ذكره (جوزيف ريزو ، و روبرت زابل 1999) ، أن معظم الأفراد ينقلون ضغوط عملهم للبيت ، مما قد يزيد تعرضهم للإنهاك النفسي ، حيث لا يستطيع ذلك الفرد تطبيق قانون الفصل بين ما يجده في العمل والبيت لذلك يقترحان أنه من الضروري أن يجد فترة انتقال وتحول ما بين العمل والبيت وهو في طريقه للمنزل حيث يتوقف تفكيره في أمور المهنة وضغوطها ، ويبدأ في التفكير في أمور البيت.

كما أن أدوار الفرد في العمل والبيت وكافة جوانب الحياة مترابطة ، لهذا فإن أي ضغط في أي مجال منها يؤثر في باقي المجالات ، حيث أشار محمود غلاب (2002) إلى أن الضغط الذي يقابل الفرد في أحد أدواره فإنه ينتقل لباقي الأدوار ، مما يؤثر في النهاية على علاقات التفاعل الأسري ويساعد على ظهور المشكلات بين الزوجين ، بل إن الزوج الذي يتعرض لضغوط عمل شديدة فإنها تصاحبه حين يعود للمنزل حيث يكون مرهقا ومنهكا ، وفي حالة مزاجية سيئة ، مما ينعكس سلبيا على علاقته بالطرف الآخر.

لهذا فتقل فرصة الفرد الذي يتعرض لدرجة عالية من الضغوط ولا يستطيع التكيف معها والمصاب بالإنهاك النفسي لتحقيق التوافق الزواجي ، حيث إن الممارس المتزوج قد يعاني ضغوطا مختلفة اقتصادية ، واجتماعية، وأسرية إضافة لضغوط العمل مع المرضى و الزملاء ، مما قد يقلل من قدرته على التكيف معها ، بل قد يؤثر على علاقته بزوجته وأسرته ، و توافقه الزواجي بصورة سلبية .

إضافة لما سبق من تفسيرات فإن نتيجة الدراسة الحالية (وجود علاقة سلبية بين الإنهاك النفسي ، والتوافق الزواجي) نتيجة منطقية ، حيث إن الممارسين موضع الدراسة الحالية يعانون من ضغوط نفسية مختلفة المصادر (العمل بما فيه ، والبيت بما فيه ، والحياة المختلفة) وإذا كانت الشخصية كل متكامل، فإن ما يتعرض له الفرد في أي جانب من جوانب الحياة يؤثر في باقي الجوانب لذلك فالممارس المنهك نفسيا في عمله يكون منهكا نفسيا في حياته الزوجية ، لذلك ظهر مصطلح جديد وهو (الإنهاك الزواجي) مما يدعم العلاقة السلبية بين الإنهاك النفسي والتوافق الزواجي .

وقد يفسر ذلك بأن الفرد يعاني ضغوطا زواجية ، قد تجعله يذهب للعمل في حالة مزاجية سيئة لما يحمل من ضيق وضغط ، حيث إن هناك خللا ما في جانب من حياته (الزواج) ، أما العمل فيمثل مزيدا من الضغط عليه ، فيشعر بالإجهاد البدني ، ولا يجد المساندة التي كان يتوقعها ، فتضطرب علاقته بزملائه المرضى ، مما قد يزيد من الضغوط المهنية عليه ، فيقل رضاه الوظيفي ونتيجة لهذا فقد يتغيب عن عمله ، بل في الحالات الشديدة قد يتقاعد الفرد عن عمله ويجلس في بيته حيث أصبح العمل منطقة منفرة له ، مما يقلل من الدخل المادي للفرد فيعجز عن تلبية احتياجات البيت بمن فيه ، فتظهر بعض المشكلات ، مما قد يزيد الصراع العائلي ويساعد على ظهور ما يسمى الإنهاك النفسي الزواجي .

وإذا كان الفرد يعاني ضغوطا مختلفة ولا يستطيع التكيف ، فإنه قد يتعرض للإنهاك النفسي ، فتضطرب علاقته بمن حوله بما فيهم الزملاء، المرضى و عائلاتهم ، و هذا ما يفسر البرودة و القساوة التي يتعامل بها الطبيب مع غيره في العمل، و كذا تأثير ذلك على نوعية العلاج فتظهر الأخطاء الطبية كنتيجة قد تكون حتمية للإنهاك النفسي، وعندما يرجع للبيت فإنه ينقل ما يعانيه ويسقطه على الأبناء والزوجة ، مما قد يقلل التوافق الزواجي ، وعلى العكس من ذلك فالفرد أو الممارس السعيد في بيته ، أي يتمتع بالتوافق الزواجي فإن ذلك ينعكس إيجابيا على عمله وعلاقته بمن حوله ، حيث إن السعيد من سعد في بيته ولو أراد الناس كلُّهم أن يشقوه ، والشقي من شقي في بيته ولو أراد الناس كلُّهم أن يسعدوه ، ولذلك فما يجده الممارس في بيته ينعكس على عمله ، وما يجده ذلك الممارس في عمله ينعكس على بيته خيرا وشرا، فالبيت والعمل وجهان لعملة واحدة ، بهذا فقد تحقق الفرض الحالي .

6-7 مناقشة و تفسير نتيجة الفرضية السادس: والتي تنص على ما يلي:

« الزوجات المنهكات نفسيا من عينة الدراسة أقل توافق زواجي مقارنة بالذكور »

للتحقق من صحة الفرضية الحالية قمنا بحساب كل من المتوسطات الحسابية، الانحراف المعياري، الخطأ المعياري لدرجات أفراد عينة البحث المنهكة نفسيا (الذكور و الإناث) على مقياس الإنهاك النفسي تبعا للأبعاد الثلاثة لتناذر الظاهرة حسب ماسلاش ، و تم تلخيص النتائج في الجدول رقم (60) ، و قد جاءت نتائج المقارنة باستخدام اختبار (ت) لعينتين متجانستين دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05) و ذلك على الأبعاد الثلاثة لتناذر الإنهاك النفسي حسب ماسلاش (أنظر الجداول رقم 61، 62 و 63)، و من كل ما سبق يتضح لنا جليا تباين مستويات التوافق لدى عينة البحث المنهكة نفسيا باختلاف الجنس، و منه نحتفظ بفرضية البحث الأساسية التي مفادها أنه يختلف مستوى التوافق الزواجي باختلاف الجنس لدى عينة الدراسة المنهكة نفسيا ، و كانت فئة النساء أقل توافقا مقارنة بفئة الذكور.

فجاءت نتائج الفرضية الحالية كجواب منطقي و عقلاني ومطابق لتصريح الاتحاد الوطني للأطباء الأحرار (URML) الفرنسي ، اثر نشره لنتائج الدراسة العرضية سنة 2007 حول ظاهرة الإنهاك النفسي عند الطبيب العام الحر ، أن النساء المتزوجات و المنهكات نفسيا يستحيل عليهن تحقيق متطلبات السعادة الزوجية ، حيث أن الفرد الذي يعاني من الإنهاك النفسي يعتبر فاقدا لوسائل تحقيق التكيف من كل الجوانب فقد يمثل بالإنسان المعوق حركيا الذي لن يستطيع القيام بسباق على الأقدام ، نفس الشيء بالنسبة للفرد المنهك نفسيا ، فالشخص المنهك يسفر عن أعراض سوماتية ، نفسية و سلوكية خطيرة غالباً ما توافق أعراض الاكتئاب ،فتناذر الإنهاك المهني ما هو إلا رد فعل اكتئابي أمام وضعية ما ؛ يميزه استنفاذ الذخيرة الطاقوية مما يؤدي إلى الشكاوي الجسدية كالتعب و الصداع و آلام المعدة،...إلخ ، كما تتجلى اللاشخصية في مواقف تهكمية و غير اجتماعية تجاه الزملاء ، فهو يميل إلى العزلة و الحد من الاتصالات الاجتماعية بالإضافة إلى أعراض أخرى منها (تعب انفعالي ، جسدي و عقلي، نقص الحماس في العمل و في الحياة

عامة، انخفاض في تقدير الذات و إنكار الحياة الشخصية، الشعور بالهجر و الغرابة، الانسحاب من الأسرة، عدم نضج التفاعلات، الريبة تجاه الآخرين و التقليل من أهميتهم، الوحدة، فقدان المصداقية ، فقدان القدرة على الحديث حتى مع الغير، الانطواء و الإنكار، العجز على مواجهة أدنى المشاكل العلائقية ، جنون العظمة ، القهرية و الهجاس ، عدم الرأفة و التعاطف، الانزعاج (الضجر) ، مزاج سيء .

فكل الأعراض السابقة الذكر تعتبر معوقات للتوافق الزواجي ، و خاصة إذا اقتضى الأمر بالزوجة المنهكة نفسيا، العاملة بمهن المساعدة كالطبيبة أو الممرضة ، حيث تلازمها الأعراض السابقة الذكر في حياتها العائلية ، أين تكون مطالبة بأداء دور الزوجة و الأم في نفس الوقت، بإتيانها الحب و الحنان و الرعاية اتجاه الزوج و الأطفال بالإضافة إلى الأشغال المنزلية .

و هذا ما تأكده الدراسات العلمية في هذا الميدان كدراسة (David Woods 1992) التي تطرقت للمخلفات النفسية ، الاجتماعية و الصحية للإنهاك النفسي تدل أن الطبيبات من فئة المتزوجات المنهكات نفسيا سجلوا أكبر نسب فيما يخص محاولة الانتحار، التعرض لظاهرة الطلاق ، تعاطي الكحول و المخدرات مقارنة بالذكور من نفس الفئة .

كما تبين من خلال دراسة الباحثة (رجاء مريم 2008) أن الضغوط المهنية التي تتعرض لها العاملات في مهنة التمريض بصفة مستمرة تأثر سلبا على علاقاتهم الزوجية ، و تفسر ذلك أن النساء أقل تحملا من الرجال إلى مشقات العمل و العائلة في نفس الوقت ، فصراع الأدوار يؤثر في الزوجة بالسلب أكثر من الزوج ، زيادة على التوزيع الغير معتدل في المهام بين الرجل و المرأة ، فالزوجة تتولى مهام تربية الأولاد و العناية بالبيت بالإضافة لكونها منبع الحنان و الحب .

فطبيعة الإنسان تأهله إلى تحمل ضغوطات عالية و تبني عدة أدوار ، خاصة فيما يخص الطبيبة أو الممرضة التي من ميزاتها أنها تحب المهنة ، و ذات التزام تنظيمي مرتفع حيث تملك الشعور بأداء مهنة شريفة و إنسانية تتمثل في مد يد العون و الرعاية للبشر و القضاء على معاناتهم و آلامهم و بعث الفرج و البهجة في وجوههم و في وجوه عائلاتهم ، غير أن للطبيبة أو الممرضة مثلها مثل أي إنسان حدود ،

فالتعرض المستمر لوضعيات ضاغطة ، و حمل العمل الزائد ، و صراع الدور، يقضي شيئا فشيء على مستوى الشعور بالانجاز الشخصي في العمل و منه تفقد الممارسة تقدير الذات و المهنة كما أنها تفقد طرق المعاملة الإنسانية اتجاه المرضى و عائلاتهم ، و إذا أضيف لذلك نقص السند الأساسي لأي إنسان ، أي سند العائلة و خاصة الزوج و اضطراب العلاقة الزوجية، فالممارسة لن تجد فرصة استرجاع إمكانياتها و طاقتها الجسدية و خاصة الانفعالية خارج النواة العائلية، فلعل تأزم القطبين (العلاقات الزوجية و المهنية) يؤدي إلى الإصابة بالإنهاك النفسي.

خلاصة البحث الميداني:

تم من خلال الفصل السابع مناقشة و تفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية بنوع من التفصيل و التي عرضت في الفصل السادس من هذه الدراسة ، و أهم النتائج المتوصل إليها و التي تتعلق بفرضيات البحث ، تتمثل في تحقق الفرضية الأولى و التي تنص على ارتفاع مستوى تناذر الإنهاك النفسي لدى عينة البحث ، و يعود ذلك إلى ظروف العمل بنظام المداومة (العمل الليلي) و كذا عبء العمل و الحمل الزائد ، و كان التفسير نابعا من ذات العينة بعد إجراء بعض المقابلات و كذا معاينة ظروف العمل باستعمال الملاحظة المفتوحة ، كما كانت الفروق دالة إحصائيا في شدة التعرض لتناذر الإنهاك النفسي لدى عينة البحث تعزى لمتغير الحالة العائلية لصالح فئة المتزوجين ، و هذا ما نصت عليه الفرضية الثانية ، يعود ذلك الفرق إلى اختلاف الأدوار المسندة لكل فئة ، فبالإضافة إلى المهام المسندة لفئة العزاب تتولى فئة المتزوجين مهام إضافية عائلية كتربية الأطفال و أداء المسؤوليات الزوجية المختلفة وجاءت نتائج البحث مخالفة للفرضية الثالثة حيث لم تكن الفروق دالة إحصائيا في شدة التعرض لتناذر الإنهاك النفسي لدى عينة البحث تعزى لمتغير الأقدمية في نفس المنصب ، وتم تفسير ذلك أن كل فئة لها من الضغوط ما يعادل المجموعات الأخرى ، ففئة الممارسين حديثي الخبرة تكون لديهم توقعات وصورة مثالية عن مهنة الطب و التمريض ، غير أنهم يصطدمون بواقع الحياة المهنية بما تحويه من ضغوط و أعباء و صعوبة التكيف معها ، كما أن أصحاب الخبرة الكبيرة قد تكون خبرتهم زودتهم بأساليب تكيفيه غير سوية ، مما قد يزيد الضغط عليهم في غياب المساندة النفسية ، كما تم الاحتفاظ بفرضية البحث الرابعة التي مفادها أن ممارسي الصحة العمومية الجزائرية من أفراد عينة البحث (فئة المتزوجون) يعانون من عدم التوافق الزواجي ، و أرجع ذلك لعدم قدرة الممارس على التزود بالتقنيات اللازمة في الطور التكويني لوضع حد فاصل بين الحياة المهنية و الحياة الزوجية، زيادة على الآثار السلبية لضغوطات و أعباء العمل المتزايدة وظروف العمل في المستشفى و العمل الليلي و هده الأعباء لن تزول بمجرد انتهاء ساعات العمل بل تلازم الممارس في المحيط الاجتماعي و الأسري لتؤثر سلبا على حياته الزوجية ، كما جاءت الفرضية الخامسة مؤكدة لما سبق حيث

تم من خلالها التوصل إلى إثبات العلاقة الارتباطية السلبية الدالة إحصائيا بين تناذر الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي حيث أن السعيد من سعد في بيته ولو أراد الناس كلُّهم أن يشقوه ، والشقي من شقي في بيته ولو أراد الناس كلُّهم أن يسعدوه ، ولذلك فما يجده الممارس في بيته ينعكس على عمله ، وما يجده ذلك الممارس في عمله ينعكس على بيته خيرا وشرا، فالبيت والعمل وجهان لعملة واحدة ، بهذا فقد تحقق الفرض الحالي ، و أخيرا هدفت فرضية البحث السادسة إلى معرفة أي من الفئتان (السيدات و السادة المنهكين نفسيا) أقل مستوى في التوافق الزواجي ، و تبين أن فئة السيدات أقل توافقا مقارنة بالسادة ، و لعل ذلك راجع إلى التقسيم الغير منصف بين الأدوار التي تسند لكل فئة ، فالممارسة المتزوجة المنهكة نفسيا لن تتمكن من استرجاع طاقاتها الجسدية و خاصة الانفعالية بمجرد ذهابها إلى البيت ، بل تتولى في هذا الأخير دور الزوجة و الأم بما فيهم من مسؤوليات ومهام قليل ما يكون الزوج شريك فيها.


الاستنتاج العام

الاستنتاج العام:

نظرا للأهمية التي تتمتع بها القطاعات الصحية في حياة الفرد، و المكانة الهامة التي تحتلها المستشفيات في مجتمعنا لكونها تتعلق بصحة الأفراد و سلامتهم بل و بحياتهم، و نظرا للدور الذي يؤديه الممارس (طبيب و ممرض) والمعاناة التي يعيشها يوميا في تحمله كل الضغوطات و الصعوبات التي تفوق قدراته و طاقته، و مع كل ما تتطلبه المهنة من التحلي بصفات أخلاقية و نفسية و عقلية و اجتماعية، كان اختيارنا لهذا الموضوع الذي أردنا من خلاله الكشف عن شدة الإنهاك المهني عند الممارس في المستشفيات الجامعية بالجزائر العاصمة و كيفية تأثير هذا الأخير على التوافق الزواجي.

بدأنا عملنا بتحليل و إثراء متغيرات البحث نظرياً بإعطاء فكرة لكل من الإنهاك المهني و التوافق الزواجي حتى نستطيع الانطلاق في الجانب التطبيقي و الميداني، و لاختبار فرضيات الدراسة قمنا باستعمال كل من مقياس ماسلاش MBI Maslach للإنهاك النفسي كما تم الاعتماد على مقياس التوافق الزواجي للباحث سبانييه graham spanier ، وبعد جمع البيانات و معالجتها إحصائياً و عرضها و تحليلها و تفسيرها و مناقشتها بالاعتماد على التناول النظري وعلى ما توفر من دراسات سابقة (باعتبار أن الموضوع حديث النشأة لم يتم تناوله من طرف البحوث المحلية) توصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي :

كان اهتمامنا في أول مرحلة من البحث الكشف عن شدة تناذر الإنهاك المهني عند تلك الفئة العاملة في المستشفيات الجامعية في الجزائر العاصمة ، حيث دلت النتائج على التفشي الكبير للظاهرة على عينة الدراسة ، وفي المرحلة الثانية أردنا البحث عن دور متغير الحالة العائلية و الأقدمية في العمل و علاقتهما باختلاف شدة الإصابة بتناذر الإنهاك النفسي ، و توصلنا إلى فروق دالة ، أي أن فئة المتزوجين يعانون من إنهاك مهني مرتفع مقارنة بالعزاب و تماشت النتائج مع توقعات الدراسة ، كما توصلنا إلى أن اختلاف مدة الأقدمية في المنصب لا يلعب دور في اختلاف شدة الإنهاك المهني على خلاف ما توقعت الدراسة الحالية ، حيث أن كل من الممارسين المحترفين و الشباب يعانون من إنهاك مهني مرتفع .

و تماشت نتائج البحث الحالي مع توقعات الدراسة على مستوى التساؤل الرابع ، حيث سجلت مستويات منخفضة على مقياس التوافق الزواجي لعينة الدراسة من فئة المتزوجين ، و مفاد ذلك أن عينة البحث من فئة المتزوجين يسفرون على توافق زواجي ضعيف حيث كان متوسط الدرجات لا يتعدى الدرجة المتوسطة حسب مصمم المقياس (غراهام سبانيه) أي الدرجة 100.

و في المرحلة الأخيرة بحثنا عن علاقة المتغيرات الأساسية للدراسة (الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي) ، فتوصلنا إلى إثبات علاقة سلبية عكسية دالة إحصائيا ، و معنى ذلك أن ارتفاع الشدة على مستوى الإنهاك النفسي يؤدي إلى تدني التوافق الزواجي و تدني هذا الأخير يؤدي إلى ارتفاع شدة الإنهاك المهني، كما تحققت توقعات الدراسة على مستوى التساؤل الأخير ، فكانت الفروق دالة إحصائيا بين الجنسين من فئة المتزوجين المنهكين نفسيا في التوافق الزواجي ، حيث وجدنا أن فئة السيدات المنهكات نفسيا أقل توافقا زواجيا مقارنة بالسادة من نفس الفئة.

و بهذا تكون النتائج التي تم التوصل إليها متفقة على العموم مع الكثير من الدراسات العربية والأجنبية التي أجريت في هذا المضمار و التي تدعم نتائجها نتائج بحثنا.

خلاصة البحث:

تناول البحث الحالي دراسة العلاقة بين الإنهاك النفسي بأبعاده الثلاثة حسب مقياس الباحثة ماسلاش (الإجهاد العاطفي ، تبلد المشاعر و تدني الشعور بالانجاز الشخصي في العمل) و التوافق الزواجي لغراهم سبانيه الذي يقيس مستوى توافق الطرفين عن طريق أربعة أبعاد المتمثلة في التعبير عن العواطف ،الانسجام بين الطرفين ، الإجماع بين الطرفين و الرضا بين الطرفين.

وبعد التحقق من صدق الأداتين وثباتهما و بالتالي التحقق من صلاحيتهما لإجراء الدراسة الحالية، تم تطبيق الدراسة على عينة تكونت من 206 ممارس (طبيب و ممرض) من ثلاث مستشفيات جامعية بالجزائر العاصمة (مستشفى محمد لمين دباغين باب البوادي ، مستشفى مصطفى باشا و مستشفى بني مسوس) و تم تخصيص التطبيب بثلاث مصالح (الاستعجالات ، الإنعاش و الجراحة العامة) ، و قد احتوت العينة 92 فرد ذكور و 220 إناث وتتراوح أعمارهم بين 25 و 45 سنة بمتوسط قدره 36.11 ،أما توزيع أفراد عينة البحث حسب الحالة العائلية فكانت نسبة العزاب تقدر ب 80 فرد بنسبة 38.83 % مقابل 126 فرد يمثلون فئة المتزوجون بنسبة 61.16 % ، كما كان توزيع أفراد العينة حسب مدة الأقدمية في المنصب فقد تراوحت من سنتين إلى 25 سنة بمتوسط قدر ب 7.52 سنة.

أما طريقة معالجة البيانات فتمثلت في اختبار بيرسون لقياس العلاقة الارتباطية على مستوى الفرضية الخامسة ، بالإضافة إلى اختبار ك2 ، t test و تحليل التباين لقياس الفروق على مستوى الفرضيات الأخرى وخلص البحث إلى النتائج الآتية:

أولا : يعاني ممارسو الصحة العمومية من عينة البحث من شدة تناذر الإنهاك النفسي

ثانيا : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة تناذر الإنهاك النفسي باختلاف العالة العائلية.

ثالثا : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة تناذر الإنهاك النفسي باختلاف مدة الأقدمية في نفس المنصب.

رابعا : يعني أفراد عينة الدراسة من فئة المتزوجين من عدم التوافق الزواج.

خامسا : هناك علاقة سلبية دالة إحصائيا بين تناذر الإنهاك النفسي مستوى التوافق الزواج.

سادسا : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة تناذر الإنهاك النفسي باختلاف الجنس لدى عينة الدراسة المنهكة نفسيا من فئة المتزوجين لصالح السيدات .

الاقتراحات:

على ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج تم وضع الاقتراحات التالية:

تسهم الدراسة الحالية في إثراء أدبيات علم النفس العمل والتنظيم، وذلك بالتوصل إلى وجود علاقة سلبية بن الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي ، إن النتائج التي توصلت لها هذه الدراسة مفيدة للقائمين على طب العمل و الباحثين في علم النفس و علم الاجتماع في إيضاح مفهوم الإنهاك النفسي وتحديد علاقته على الحياة الزوجية لدى ممارسو الصحة العمومية، وعلى هذا الأساس قام الباحثان بتسطير مجموعة من الاقتراحات العلمية والعملية، والتي لعلها تسهم في تنمية وتطوير البحث العلمي في جامعة الجزائرية وفي العالم العربي عموماً.

1. تحسيس ممارسي و مسؤولي الصحة العمومية بضرورة الاهتمام بظاهرة الإنهاك النفسي خصوصاً مع ارتفاع مستوياته لدى أطباء و ممرضي مصالح العناية المكثفة ، مما يسمح لكل فرد بالتدخل في مجال تخصصه و اتخاذ الإجراءات التي يراها مناسبة بإقامة مثلا أيام دراسية حول موضوع الإنهاك النفسي.
2. القيام بمراجعة دورية و تقييم مستمر للإنهاك النفسي لدى ممارسي الصحة العمومية عن طريق الكشف عن مستوياته و تشخيص أسبابه، و كذا تحديد جوانب العمل المختلفة المتسببة في إحداثه .
3. تطوير برامج لمساعدة الممارسين على فهم تناذر الإنهاك النفسي و أبعاده المختلفة عن طرق مثلا التفكير في وضع دليل في متناول الممارس حول طرق الوقاية من الإنهاك المهني و كيفية مقاومته باستخدام استراتيجيات فعالة تسمح له بالتكيف كالبحث عن الدعم الاجتماعي، القيام بتمارين رياضية، الراحة، الاسترخاء....
4. خلق فضاء اجتماعي يُعبر فيه الممارس عن المشاكل المصادفة له خلال ممارسة مهنته و يقوم فيه المختصون بتحسيس الأطباء و الممرضين بالبعد الإنساني للممارسة الطبية ، وتدريبهم على كيفية التحكم في المسافة الجيدة مع المريض.

5. تحسين ظروف العمل بتقديم كل الوسائل اللازمة و الأجهزة الحديثة حتى يتسنى للممارس آداء مهنته بفعالية ودون إجهاد .

6. تقريب غرف المداومين من قاعات الفحص و تجهيزها بخطوط هاتفية داخلية و بعض المرافق الصحية.

7. إعادة النظر في نظام العمل بالدوريات المعمول به في المستشفيات والذي يدوم 24 ساعة أو أكثر ، حتى و إن لم يكن هناك العدد الكافي من الممارسين ، يجب على الأقل إيجاد نظام راحة مناسب ، وتقسيم فترات الراحة بشكل رسمي بدل التقسيم غير الرسمي المعمول به من طرف رؤساء المصالح.

8. الاهتمام بالممارسين الجدد و المتربصين، فكلما أحسن التكفل بهم، كلما كان المحترف الجديد أو المحترف في إطار التكوين حائز على الموارد اللازمة لمتابعة مسار منسجم و استخدام وسائل مقاومة إيجابية للتغلب على الإنهاك.

9. تحديد مهام و صلاحيات كل ممارس بوضوح لتفادي التباس الأدوار.

10. التأكد من أن ثقل العمل يتفق مع قدرات الممارس و هذا بالعمل على زيادة عدد الممرضين و الأطباء في كل مصلحة حسب الحاجة.

11. تهيئة فرص الترقية أمام الجميع باستخدام أساليب موضوعية و موحدة تقوم على أسس علمية كمعيار الأقدمية.

12. تقديم تعويضات كافية للممارس من عطل و علاوات و منح مقابل ظروف عمله و أوقاته منها منحة العدوى، منحة المداومة، منحة النقل، و كل المنح المنصوص عليها قانونيا.

13. إجراء المزيد من الدراسات باعتبار أن الدراسات التي أقيمت حول الإنهاك النفسي حديثة النشأة في المجتمعات الأجنبية ، لذا نقترح التعمق في نفس الموضوع باستخدام متغيرات أخرى لم تتناولها الدراسة الحالية .

14. تكثيف البرامج الإعلامية الموجهة لبناء وتماسك الأسرة ، مع ضرورة انتقاء من يتحدث فيها .

15. أن يفصل الممارس بين ما يجده في العمل وما يسلكه في المنزل ، ولا يجعل أحدهما يؤثر في الآخر.

16. توفير أخصائي نفساني للتكفل بالممارسين الذين لديهم مشكلات زوجية ، حيث تأكد الباحثة (بلميهوب كلثوم) أن العلاج الزواجي يمكنه مساعدة الأزواج ولكن يجب توفر بعض الشروط :

- تمسك كلا الطرفين بالعلاقة أي تكون لديهما رغبة في استمرار العلاقة الزوجية
- توفر جانب عاطفي متبادل بين الزوجين .

ففي هذه الحالة يمكن للأخصائي النفسي أن يدرب الطرفين على كيفية الاستماع لبعضهما البعض ومراعاة حاجات كل طرف وتفهم موقفه من خلال مهارات الاتصال ، و تزويد الممارس بتقنيات تسمح له أن يفصل بين ما يجده في العمل وما يسلكه في المنزل ، ولا يجعل أحدهما يؤثر في الآخر.




المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. آرثور روشان (**2002**) دليلك للتعامل مع الضغط النفسي . ترجمة أمنية التيتون ، القاهرة الثقافة المصرية.
2. أمل بنت مبارك سالم آل سويلم (2007) التوافق الزواجي وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي لدى عينة من طالبات جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الإرشاد والتوجيه النفسي
3. أوهام نعمان ثابت الثابت (2009) الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي والزواجي لدى المصابات بسرطان الثدي المبكر في الأردن أطروحة مقدمة إلى مجلس كلية الأداب والتربية في الأكاديمية العربية المفتوحة بالدنمارك كجزء من متطلبات نيل شهادة الدكتواره في علم النفس.
4. أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم بن منظور (1955) لسان العرب . المجلد (2) بيروت : دار صادر ، ودار بيروت للطباعة والنشر
5. ابن منظور ، الفضل محمد بن مكرم بن علي (1885) : لسان العرب ، تحقيق (عبد الله علي الكبير وآخرون) ، دار المعرفة .
6. أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم بن منظور (1956) لسان العرب . المجلد (10) بيروت : دار بيروت للطباعة والنشر.
7. أحمد عبد الرحمن علي الحراملة (2007) علاقة مفهوم الذات وبعض المتغيرات الديموغرافية بالاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية في مدينة الرياض . رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا - الجامعة الأردنية.
8. أسامة كامل راتب (1997) قلق المنافسة " ضغوط التدريب – احتراق الرياضي . "القاهرة: دار الفكر العربي.

9. أسامة بطاينة ، والمعتصم بالله الجوارنة (2004) : مستويات الاحتراق النفسي لدي معلمي ومعلمات التربية الخاصة في محافظة إربد وعلاقتها ببعض المتغيرا ت ، مجلة اتحاد الجامعات العربية ، كلية التربية – جامعة دمشق ، المجلد (٢) ، العدد (٢) ،(48-76).

10. أسماء فتحي أحمد عبد العزيز (2004) الميكانيزمات الدفاعية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى عينة من طلاب جامعة المنيا . رسالة ماجستير ، كلية التربية – جامعة المنيا.

11. إيناس بنت أحمد علي السليمي (2008) الدور الاقتصادي لربة الأسرة العاملة السعودية وعلاقته بالتوافق الزواجي رسالة مقدمة إلى قسم السكن وإدارة المنزل للحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد المنزلي تخصص سكن وإدارة منزل جامعة أم القرى كلية التربية للاقتصاد المنزلي المملكة العربية السعودية.

12. السيد محمد مرتضى الزبيدي (1935) تاج العروس . الجزء (7) القاهرة : الخيرية المنشأة بجمالية مصر.

13. الحسن محمد المغيدي (2000) ظاهرة الإجهاد النفسي لدى المعلمين والمعلمات في منطقة أبها التعليمية بالمنطقة الجنوبية من المملكة العربية السعودية . مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد (24) الجزء (3) ص9 _ 50.

14. السيد إبراهيم السمادوني (1990) إدراك المتفوقين عقليا للضغوط والاحتراق النفسي في الفصل وعلاقته ببعض المتغيرات النفس ية و البيئية . المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس في مصر الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالاشتراك مع قسم علم النفس التعليمي كلية التربية - جامعة المن صورة ، الجز ء (2) ص22_24 .

15. الطاهر محمود (2004) التدين في العلاقات الزوجية والتوافق الزواجي . مجلة الدراسات النفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم المجلد(14) العدد (04) ص 575_594.

16. أمل مبارك محمود (2003) علاقة ضغوط الدور بالاحتراق النفسي و دور الدعم الاجتماعي في هذه العلاقة دراسة ميدانية مطبقة على جهازي التمريض بمستشفيات جامعة أسيوط وجامعة جنوب الوادي بسوهاج . رسالة ماجستير ، كلية التجارة – جامعة أسيوط.

17. بشرى إسماعيل أحمد (2008) الذكاء الوجداني وعلاقته كل من نمط القيادة وأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من القادة الإداريين . مجلة كلية التربية - جامعة الزقازيق ، العدد (59) ص135_214.

18. بندر بن ناصر العتيبي (2005) ، الاحتراق النفسي لدى المعلمين ا لعاملين في معاهد التربية الفكرية، مجلة كلية التربية – جامعة عين شمس ، العدد (29) ، الجزء (2) ، (156-197).

19. بندر بن ناصر العتيبي (2005) الاحتراق النفسي لدى المعلمين ا لعاملين في معاهد التربية الفكرية. مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس ، العدد (29) الجزء (1) ص 157_197.

20. تريفور باول(2005) الصحة النفسية . ترجمة قسم الترجمة بدار الفاروق ، القاهرة : دار الفاروق للنشر والتوزيع.

21.بلميهوب كلثوم (2004) : عوامل الاستقرار الزواجي ، أطروحة لنيل درجة لدكتوراه دولة في علم النفس العيادي ، غبر منشورة ، جامعة الجزائر.

22. جابر عبد الحميد جابر ، وعلاء الدين كفافي (1989) معجم علم النفس والطب النفسي لقاهرة : دار النهضة العربية. الجزء (2).

23. جابر عبد الحميد جابر ، وعلاء الدين كفافي (1990) معجم علم النفس والطب النفسي القاهرة : دار النهضة العربية. الجزء (3)

24. جمعة سيد يوسف (2001) النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية" مراجعة نقدية." القاهرة : دار غريب.

25. جوزيف ف. ريزو ، وروبرت هـ . زابل (1999) . تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا بين النظرية والتطبيق ، ترجمة زيدان أحمد السرطاوي ، وعبد العزيز السيد الشخص ، الجزء (2) ، العين : دار الكتاب الجامعي.

26. حامد عبد السلام زهران (1997) الصحة النفسية والعلاج النفسي . الطبعة) (3) ، القاهرة: عالم الكتب

27. حسن مصطفى عبد المعطي(2004) المناخ الأسري وشخصية الأبناء . القاهر ة : دار القاهرة.

28. حسن مصطفى عبد المعطي (2006) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق

29. حسن مصطفى عبد المعطي ، وراوية دسوقي (1993) التوافق الزواجي وعلاقته بتقدير الذات والقلق والاكتئاب . مجلة علم النفس - الهيئة المصرية العامة للكتاب ،العدد (28) ص7_32.

30. حمود فهد القشعان (2000) تأثير العقم على تقدير الذات والتوافق الزواجي في الأسرة الكويتية " دراسة ميدانية مقارنة " مجلة كلية التربية - جامعة المنصورة ، العدد (42) ص 183_214.

31. حنان ثابت مدبولي عبد الحميد (2002) التوافق الزواجي بين الوالدين كما يدركه الأبناء وعلاقته ببعض سمات الشخصية لديهم . رسالة دكتورا هـ ، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس..

32. حاتم وهيبة (2005) الإنهاك المهني لدى أطباء مصلحة الاستعجالات، دراسة مقارنة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة الجزائر.

33. حساب محمود زكي علي (2008) : الإنهاك النفسي و علاقته بالتوافق الزواجي و بعض المتغيرات الديمجرافية ، رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية ، تخصص الصحة النفسية ، جامعة المنيا.

34. جلولي شتوحي نسيمة (2003) الإنهاك المهني عند الممرضين واستراتيجيات المقاومة المستخدمة، دراسة مقارنة ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي ، جامعة الجزائر.

35. خضر مخيمر أبو زيد (2002) الاحتراق النفسي لدى عينة من معلمي التعليم الثانوي وعلاقته ببعض المتغيرات . مجلة كلية التربية - جامعة دمشق ، المجلد (12)، العدد (2) ص 249_281.

36. خولة يحيي ، ورنا نجيب حامد (2001) . مصادر الاحتراق النفسي لدى معلمي الطلبة المعوقين عقلياً في اليمن مجلة مركز البحوث التربوية – جامعة قطر العدد 2 ، (98–124).

37. خليفة حورية (2009) : أثر عبء العمل الزائد على نوعية العلاج في مصلحة الطب الداخلي في المؤسسة الاستشفائية العامة لمنطقة شريعة ، مذكرة تخرج لنيل درجة ممرضة دولة.

38. ديفيد فونتانا (1993) الضغوط النفسية تغلب عليها وابدأ الحياة ! ترجمة حمدي الفرماوي ورضا أبو سريع ، مراجعة وتقديم فؤاد أبو حطب ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية

39. راوية محمود دسوقي (1986) التوافق الزواجي . رسالة دكتورا ه ، كلية الآداب – جامعة الزقازيق .

40. راوية محمود دسوقي(1996) النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات . مجلة علم النفس - الهيئة المصرية العامة للكتاب ، العدد (39) ص44_59.

41. رجاء مريم (2008) : مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض بمستشفيات محافظة دمشق – مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد (24)، العدد الثاني.

42. رغد حسين، فريال أحمد حيا جنح: أثر العمل الليلي (المناوبة) على الممرضين العاملين في وحدات العناية المركزة في مستشفى الجامعة الأردنية ، ، عمان، الأردن 2008 (المجلة الأوروبية للبحوث العلمية © pp.70-86 ,(2008) No.1 Vol.23 1450-216X ISSN (www.eurojournals.com

43. رجوات عبد اللطيف متولي (2005) الاحتراق النفسي لدى عينة من المحامين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والمهنية . رسالة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة المنيا.

44. رشاد علي عبد العزيز موسى ، ومديحة منصور سليم ال دسوقي ، وأميرة عباس عبد الرازق(2003) علم النفس المرأة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

45. رضا فاروق حافظ سيد (2002) بعض الأفكار اللاعقلانية السائدة لدى الزواجين وعلاقتها بمستوى التوافق الزواجي بينهما رسالة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة المنيا.

46. رافع الزغول ، وملوح الخريشا ، ومايسة الخالدي (2003) الاحتراق النفسي لدى المعلمين والمعلمات وعلاقتها بإدراكهم للنمط القيادي لمديري ومديرات مدارس الكرك الثانوية الحكومية . مجلة مؤتة للبحوث والدراسات - جامعة مؤتة ، المجلد (14) العدد (6) ص 243_268.

47. س . هـ . باترسون (1990) نظريات الإرشاد والعلاج النفس ي . ترجمة حامد عبد العزيز الفقي ، القسم الثاني ، الكويت : دار القلم.

48. سلطان المطيري: الرضا الوظيفي لأفراد هيئة التمريض و علاقته بجودة الرعاية التمريضية بمستشفيات بمدينة جده ، أطروحة مقدم لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي جامعة أم القرى قسم علم النفس ، المملكة العربية السعودية 2006.

49. سامي محمد موسى هاشم (2000) دراسة لبعض المتغيرات المحددة للتوافق الزواجي المؤتمر الدولي السابع لمركز الإرشاد النفسي ، مجلة مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ص57_91.

50. سعيد بن أحمد شويل الغامدي (2001) اتجاه المعلمين نحو التقاعد المبكر في مدينة مكة المكرمة وعلاقته ببعض المتغيرات . رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة أم القرى.

51. سماح أحمد أنور سالم الأكشر (2003) برنامج إرشادي لتخفيف الضغوط النفسية لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة بالمرحلة الابتدائية . رسالة ماجستير ، كلية التربية بشبين الكوم - جامعة المنوفية.

52. سميرة علي أبو غزالة (2008) فاعلية ا لإرشاد بالواقع في تحسين التوافق الزواجي بين الزواجين . مجلة دراسات نفسية ، رابطة ا لإخصائيين النفسيين المصرية(رانم) المجلد (18) العدد (2) ص 333_370.

53. سهير فهيم الغباشي (2001) المشقة النفسية للعمل بأقسام الطوارئ الطبية وعلاقتها باللياقة النفسية للأطباء . مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) المجلد (11) العدد (4) ص537_591

54. سوزان محمد إسماعيل (1991) توقعات الشباب قبل الزواج وبعده وعلاقتها بالتوافق الزواجي " دراسة ميدانية ." رسالة ماجستير ، كلية البنات - جامعة عين شمس.

55. سيد أحمد محمد البهاص (2002) النهك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة . مجلة كلية التربية - جامعة طنطا ، المجلد(1) العدد (31) ص 383_414.

56. سيد محمد عبد العال (2002) ضغوط العمل والأزمات . مجلة مركز معوقات الطفولة -جامعة الأزهر ، العدد(10) ص127_ 174.

57. شوقيه إبراهيم السمادوني (1993) الضغوط النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة وعلاقتها بتقدير الذات . رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة الزقازيق.

58. صابر حجازي عبد المولى (1999) الصحة النفسية في حياتنا اليومية . القاهرة : النهضة المصرية.

59. صلاح أحمد مراد ، وأنور فتحي عبد الغفار (1991) الإنهاك النفسي وعلاقته بالجنس والتخصص والخبرة التدريسية لمعلمي المرحلة الإعدادية . مجلة كلية التربية- جامعة المنصورة ، المجلد (2) العدد(10) ص 338_375.

60. صفاء إسماعيل مرسي ، والطاهر محمود المغربي(2005) منبئات التوافق الزواجي لدى عينة من الأزواج والزوجات المصريين . مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) - المجلد (15) العدد (4) ص 227-233.

61. عائشة أحمد ناصر (2007) فاعلية برنامج إرشادي لتحسين بعض المتغيرات الشخصية لكلا الزواجين وتأثيره على التوافق النفسي للأبناء . رسالة دكتورا ه ، معهد الدراسات التربوية - جامعة القاهرة.

62. عادل أحمد عز الدين الأشول (1987) موسوعة التربية الخاصة . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

63. عادل عبد الله محمد (1994) مقياس الاحتراق النفسي للمعلمين . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

64. عبد الحميد عشوي ، (2008) : أبعاد و مصادر الاحتراق النفسي لدى موظفي مصلحة الزبائن دراسة ميدانية بالوكالات التجارية لمؤسسة سونلغاز – مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم ، غير منشورة ، جامعة الجزائر.

65. عادل عبد الله محمد (1990) بعض سمات الشخصية والجنس ومدة الخبرة وأثرها على درجة الاحتراق النفسي للمعلمين . مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) ، المجلد (5)، العدد (2)ص345_375.

66. عايدة شكري حسن(2001) ضغوط الحياة والتوافق الزواجي والشخصية لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والسويات " دراسة مقارنة ." رسالة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة عين شمس.

67. عبد الرحمن بن أحمد بن محمد هيجان(1997) ضغوط العمل " مصادرها ونتائجها وكيفية إدارتها ." الرياض : معهد الإدارة العامة.

68. عبد الكريم بوحفص (2006) دليل الطالب لإعداد وإخراج البحث العلمي ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.

69. عبد الستار إبراهيم: (2002) الحكمة الضائعة ، سلسة عالم المعرفة ، العدد ٢٨٠ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب الكويت

70. عبد الرحمن بن سليمان الطريري (1994) الضغوط النفسية مفهومه ، تشخيصه ، طرق علاجه ومقاومته ، الكويت : شركة الصفحات الذهبية المحدودة.

71. عبد الرحمن توفيق (2004) المهارات السبع للنجاح . القاهرة : مركز الخبرات المهنيةللإدارة " بميك. "

72. عبد السلام إبراهيم محمد(2005) مشكلات الأسرة المصرية في مجتمع جنوب الصعيد في ظل تداعيات العولمة . مجلة كلية التربية - جامعة الفيوم ، العدد(3) ص235_313.

73. عبد الله جاد محمود (2005) بعض عوامل الشخصية والمتغيرات الديموجرافية المساهمة في الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين . مجلة كلية التربية - جامعة المنصورة، العدد (56) ص 203_250.

74. عبد الله جاد محمود (2006) التوافق الزواجي في علاقته ببعض عوامل الشخصية والذكاء الانفعالي . مجلة كلية التربية - جامعة المنصورة ، العدد (20) ص 51_110.

75. عبد الله ناصح علوان (1999) تربية الأولاد في الإسلام م . المجلد (2) القاهرة : دار السلام.

76. عبد الصبور منصور محمد (2003) مقدمة في التربية الخاصة " سيكولوجية غير العاديين. " القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.

77. عثمان بن صالح بن عبد المحسن العامر(2000) معوقات التوافق بين الزواجين في ظل التحديات الثقافية المعاصرة للأسرة المسلمة . مجلة كلية التربية - جامعة الإمارات ، العدد (17) ص 25_61.

78. عدنان الفرج (2001) الاحتراق النفسي لدى العاملين مع الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دولة قطر . مجلة دراسات - العلوم التربوية - الأردن ، المجلد (28)العدد (2) ص 246_261.

79. عصام محمد زيدان(2004) الإنهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية . مجلة البحوث النفسية والتربوية ، كلية التربية - جامعة المنوفية ،العدد (1) ص 120_167.

80. عصمت صابر عبد اللاه أحمد (2003) صراع الدور وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى معلمي التربية الفكرية " دراسة سيكومترية . " رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة أسيوط.

81. عطيات فتحي إبراهيم أبو العنين (1999) ديناميات الاختيار الزواجي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية . مجلة علم النفس - الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (50) ص 176_182.

82. عيسوي عبد الرحمان: الإحصاء السيكولوجي التطبيقي، دار المعرفة الجامعية ، 2000

83. علاء الدين كفافي (1999) الإرشاد والعلاج النفسي الأسري " المنظور النسقي الاتصالي." القاهرة : دار الفكر العربي

84. علي راشد (2002) خصائص المعلم العصري وأدواره " الإشراف عليه تدريبه. " القاهرة : دار الفكر العربي.

85. علي عبد السلام علي (2001) المساندة الاجتماعية واتخاذ قرار الزواج واختيار القرين وعلاقتهما بالتوافق الزواجي . مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) الجلد (11) العدد (4) ص69_951.

86. علي حمدان علي محمد (2002) الضغوط النفسية وعلاقتها بتقدير الذات ووجهة الضبط لدى عينة من معلمي ومعلمات مدارس التربية الخاص ة . رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.

87. علي عسكر (2000) ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها . الطبعة (2) ، الكويت :دار الكتاب الحديث.

88. علي عسكر ، وأحمد عبد الله (1988) مدى تعرض العاملين لضغوط العمل في بعض المهن الاجتماعية مجلة العلوم الاجتماعية - جامعة الكويت ، المجلد 17 العدد (4) ص 65_88.

89. عماد علي عبد الرازق (1998) المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزواجية . مجلة دراسات نفسية ، ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) الجلد (8) العدد (1) ص13_39 .

90. عمر محمد عبد الله الخرابشة ، وأحمد عبد الحليم عربيات (2005) الاحتراق النفسي لدى المعلمين مع الطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرف المصادر . مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية - جامعة أم القرى ، المجلد (17) العدد (2) ص 292_331 .

91. عيطور دليلة (1997) :الضغط النفسي الاجتماعي لدى الممرضين – دراسة تطبيقية تحليلية، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، الجزائر

92. عويد سلطان المشعان (2002) مصادر الضغوط في العمل لدى المعلمين الكويتي ين وغير الكويبيتين في المرحلة المتوسطة . مجلة جامعة دمشق للآداب والعلوم الإنسانية والتربوية - جامعة دمشق ، المجلد (17) العدد (1) ص 203_241 .

93. فاروق السيد عثمان (2001) القلق وإدارة الضغوط النفسية . الطبعة (01) القاهرة : دار الفكر العربي.

94. فاطمة محمد فهمي أحمد (2005) التوافق الزواجي للكفيف وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية . رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة عين شمس.

95. فرج عبد القادر طه ، وشاكر عطية قنديل ، وحسين عبد القادر محمد ، ومصطفى كامل عبد الفتاح(2003) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . الطبعة (02)، القاهرة : دار غريب.

96. فوزي محمد جبل (2003) الاحتراق النفسي لدى معلمي الحلقة الأولى من التعليم الأساسي وعلاقته بقيم العمل لديهم . محلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي ، المجلد (2) العدد (13) ص 187_148 .

97. فوزية عبد الحميد الجمالي ، وعبد الحميد سعيد حسن (2003) مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة واحتياجاتهم التدريسية بسلطنة عمان . مجلة دراسات عربية في علم النفس المجلد (2) العدد (1) ص 211_151 .

98. فوزي ميهوبي ، (2007) : المناخ التنظيمي السائد داخل المؤسسة الصحية و علاقته بالاحتراق النفسي لدى الممرضين – مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم غير منشورة ، جامعة الجزائر.

99. فوزية عبد الحميد الجمالي ، وعبد الحميد سعيد حسن (2003) ، مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة واحتياجاتهم التدريسية بسلطنة عمان ، مجلة دراسات عربية في علم النفس ، المجلد (٢) ، العدد 1 ، (101-211)

100. فتيحة مزياني ، (2007) : أثر مصادر الضغط المهني و استراتيجيات المقاومة و المعبرية الانفعالية و الدفاعية الانفعالية/العقلانية على الاحتراق النفسي عند ضباط الشرطة – أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل و التنظيم ، غير منشورة ، جامعة الجزائر.

101. فوقية محمد محمد راضي (2005) إدارة الصف وعلاقتها بالشعور بالإنهاك النفسي لد ى معلمي المرحلة الابتدائية . مجلة كلية التربية - جامعة أسيوط المجلد (21) العدد (2) ص 247_215 .

102. فيكتور إيميل فرانكل (2001) إرادة المعنى " أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى . " ترجمة إيمان فوزي ، الطبعة (02) القاهرة : دار زهراء الشرق.

103. كمال إبراهيم مرسي (1998) العلاقة الزوجية والصحة النفسية في الإسلام وعلم النفس. الطبعة (02) مصر : دار النشر للجامعات.

104. كمال زرعي قديح (2001) الضغوط النفسية لدى آباء المعاقين حركيا وعلاقتها بالتوافق الأسري لديهم . رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة عين شمس.

105. كمال دواني ، وأنمار الكيلاني ، وخليل عليان (1989) مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي المدارس ا لحكومية في الأردن . المجلة التربوية - جامعة الكويت ، المجلد (5) العدد (19) ص 253_273.

106. كمال زرعي قديح (2001) الضغوط النفسية لدى آباء المعاقين حركيا وعلاقتها بالتوافق الأسري لديهم . رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة عين شمس.

107. كمال سالم سيسالم (2002) موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي . العين : دار الكتاب الجامعي.

108. كلير فهيم (2002) الصحة النفسية والزواج السعيد في مراحل العمر المختلفة . القاهرة : دار المعارف.

109. لطفي عبد الباسط إبراهيم(1994) عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين . مجلة مركز البحوث التربوية - جامعة قطر ، العدد (5) ص 95_127 .

110. لويس كامل مليكه (1990) العلاج السلوكي وتعديل السلوك . الكويت : دار القلم.

111. ليلى عبد الحميد عبد الحفيظ(1993) مدى تعرض معلمات المراحل التعليمية المختلفة بالمملكة العربية السعودية لضغوط العمل المتمثلة في ظاهرة الاحتراق النفسي . المجلة التربوية، كلية التربية بسوهاج - جامعة أسيوط الجزء (1) العدد (8) ص 201_232 .

112. مايسه محمد شكري (1996) العلاقة بين درجة الزوج على المكونات الفرعية لنمط السلوك (أ) وبين درجة عدم الرضا الزواجي لكل من الزوج والزوجة . مجلة كلية الآداب جامعة المنوفية ، العدد (27) ص 200_235.

113. مايكل أرجايل (1993) سيكولوجية السعادة . ترجمة فيصل عبد القادر يوسف ، مراجعة شوقي جلال ، عالم المعرفة ، الكويت : المجلس القومي للثقافة والفنون والآداب .

114. مجمع اللغة العربية 1985 – أ . (المعجم الوسيط . الطبعة (3) ، الجزء (1)، جمهورية مصر العربية :مطابع الأوفست بشركة الإعلانات الشرقية.

115. مجمع اللغة العربية 1985 – ب . (المعجم الوسيط . الطبعة (3)، الجزء (2)، جمهورية مصر العربية :مطابع الأوفست بشركة الإعلانات الشرقية.

116. مجدي عزيز إبراهيم (2007) موسوعة المعارف التربوية . القاهرة : عالم الكتب.

117. مجدة أحمد محمد ، ورزق سند ليلة(1995) التوافق الزواجي وعلاقته بضغوط الحياة دراسة مقارنة بين الزوجات العاملات وغير العاملات . مجلة الآداب والعلوم الإنسانية ، كلية الآداب - جامعة المنيا ، المجلد (15) ، الجزء (1) ص65_107.

118. محمد أحمد إبراهيم غنيم (1996) أثر تفاعل المساندة ا لاجتماعية وجنس المعلم والمرحلة التعليمية على الضغط النفسي للمعلمين . المؤتمر السنوي الثاني لقسم علم النفس التربوي ، كلية التربية - جامعة المنصورة ص1_46.

119. محمد السيد عبد الرحمن(1987) إسهامات الزواج في تحقيق التوافق النفسي لكل من الرجل والمرأة . مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق ، المجلد (1) ص169_217.

120. محمد السيد عبد الرحمن (1998) دراسات في الصحة النفسية " التوافق الزواجي فعالية الذات الاضطرابات النفسية والسلوكية القاهرة : دار قباء. الجزء (1).

121. محمد الصافي عبد الكريم (2007) التوافق الزواجي بين الوالدين كما يدركه الأبناء وعلاقته ببعض سمات الشخصية لديهم دراسة مقارنة بين الريف والحضر . رسالة دكتوراه ، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.

122. محمد حسن عبد الله (2007) المحاجة والتوافق الزواجي . مجلة علم النفس العربي المجلد (2) العدد (3) ص 100_119 .

123. محمد عاطف زعتر (2000) الخصال الشخصية والتنبؤ بالتوافق الزواجي . مجلة دراسات نفسية رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) , المجلد (10) العدد (3) ص 398_443.

124. محمد عبد الرحمن طوالبه (1999) مستويات الاحتراق النفسي لدى معلمي الحاسوب في المدارس التابعة لمحافظات إربد والمفرق وعجلون وجرش . مجلة مؤتة للبحوث والدراسات المجلد (14) العدد (2) ص 169_190 .

125. مقدم عبد الحفيظ (1993) : الاحصاء و القياس النفسي و التربوي مع نماذج من المقاييس و الاختبارات ، ديوان المطبيعات الجامعية الجزائر.

126. محمد عبد السميع رزق محمد(1990) الإنهاك النفسي للمعلم وعلاقته بالمناخ النفسي الاجتماعي المدرسي . رسالة ماجستير كلية التربية - جامعة المنصورة.

127. محمد عزت كاتبي (2005) تسلط الزوج وأثره في التوافق الزواجي دراسة ميدانية في مدينة دمشق . مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النف س ، كلية التربية- جامعة دمشق ، المجلد(3) العدد (2) ص136_139.

128. محمد محمد بيومي خليل (1990) أ . مفهوم الذات وأساليب المعاملة الزوجية وعلاقتها بالتوافق الزواجي . مجلة كلية التربية - جامعة الزقازيق ، المجلد(11) ص 185_263.

129. محمد محمد بيومي خليل (1990) **ب** أساليب المعاملة الوالدية والقلق العصابي وعلاقتهما بالسلوك العدواني لدى الزواجين دراسة إرشادية . مجلة كلية التربية- جامعة الزقازيق المجلد (14) ص 303_346.

130. محمود المصري أبو عمار (2006) الزواج الإسلامي السعيد . القاهرة : مكتبة الصفا.

131. محمود عبد الرحيم غلاب (2002) : العلاقة بين ضغوط العمل وكل من الرضا الزواجي والقلق والاكتئاب لدى عينة من الأزواج والزوجات ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، المجلد(12) ، العدد (37) ، (243-302).

132. محمود عبد القادر (1987) التعليم والحراك المهني وعلاقته بالتغير الاجتماعي الذي طرأ على الأسرة المصرية خلال ربع قرن دراسة إمبريقية للأسرة الحضرية . مجلة كلية التربية - جامعة الأزهر ، العدد (8) ص 9_46.

133. محمد حسن علاوي (1998) سيكولوجية الاحتراق للاعب والمدرب الرياض ي . القاهرة: مركز الكتاب للنشر.

134. مديحة طه الطلياوي ، ومحمود عبد الحليم منسي (1990) التوافق الأسري لدى الأزواج والزوجات بمدينة كفر الزيات بمحافظة الغربية . مجلة كلية التربي ة ، جامعة الإسكندرية ، الجزء (1) العدد (3) ص200_298.

135. منصور محمد السيد (2001) ، الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية لدى معلمي مدارس الأمل بمحافظة أسوان دراسة إمبريقية كلينيكية ، مجلة كلية التربية بأسوان – جامعة جنوب الوادي ، العدد الأول ،(83-106).

136. موساوي ليندة : علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية و الفردية عند الممرضين، دراسةميدانية ببعض مستشفيات مدينة الجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم ، غير منشورة ، جامعة الجزائر.

137. مدحت عبد الحميد عبد اللطيف (1990) الصحة النفسية والتفوق الدراس ي . مراجعة عباس محمود عوض ، بيروت : دار النهضة العربية.

138. مسعودي رضا: (2000) الضغط المهني لدى أطباء مصلحة الاستعجالات مصادره ومؤشراته ، رسالة لنيل شهادة الماجيستر دراسة غير منشورة ، بقسم علم النفس و العلوم التجريبية ، جامعة الجزائر.

139. موساوي ليندة(2000) علاقة الضغط المهني ببعض المتغيرات المهنية و الفردية عند الممرضين، دراسة ميدانية ببعض مستشفيات مدينة الجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم، ، ص 110 .

140. مشيرة عبد الحميد اليوسفي (1990) ضغوط الحياة الموجبة و ا لسلبية وضغوط عمل المعلم كمتنبئ للتوافق . مجلة البحث في التربية وعلم النفس ، كلية التربية - جامعة المنيا، المجلد (3) العدد (4) ص 244_312.

141. منصور محمد السيد (2001) الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية لدى معلمي مدارس الأمل بمحافظة أسوان دراسة إمبريقية كلينيكية . مجلة كلية التربية بأسوان - جامعة جنوب الوادي ، العدد (10) ص83_107.

142. مني محمد علي بدران (1994) الاحتراق النفسي لدى معلمي المرحلة الثانوية وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية دراسة ميدانية رسالة ماجستير ، كلية التربية – جامعة القاهرة.

143. منير البعلبيكي (2003) المورد " إنجليزي عربي . " الطبعة (37) ، بيروت : دار العلم للملايين.

144. مزياني فتيحة (2007) أثر مصادر الضغط المهني و استراتيجيات المقاومة و المعبرية الانفعالية و الدفاعية الانفعالية/العقلانية على الاحتراق النفسي عند ضباط الشرطة –دراسة ميدانية بالمديرية العامة للأمن الوطني بالجزائر العاصمة أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العمل و التنظيم.جامعة الجزائر.

145. نادر فهمي الزيور (2002) واقع الاحتراق النفسي للمرشد النفسي والتربوي في محافظة الزرقاء في الأردن . مجلة العلوم التربوية ، كلية التربية - جامعة قطر ، العدد (1) ص 197_222.

146. نادية إميل بنا (1976) مدى انطباق الصورة الوالدية على الزوج وعلاقتها بالتوافق الزواجي واختيار القرين . رسالة ماجستير كلية البنات - جامعة عين شمس.

147. نادية السيد الشرنوبي (2001) مصادر الضغوط لدى عينة من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة وعلاقتها بالاحتراق النفسي وبعض المتغيرات الديموجرافية . مجلة كلية التربية- جامعة الأزهر ، العدد (97) ص 269_313.

148. نوربير سيلامي) (2000) المعجم الموسوعي في علم النفس . ترجمة وجيه أسعد ، دمشق وزارة الثقافة.

149. نجاة زكي موسي ، و سمية علي عبد الوارث (1999) الاحتراق النفسي في علاقته بوجهة الضبط وتقدير الذات وبعض المتغيرات لدى عينة من معلمي المرحلة الإعدادية . مجلة الآداب والعلوم الإنسانية ، كلية الآداب - جامعة المنيا ،المجلد(32) ص 163_202.

150. نجاة زكي موسي ، و مديحة عثمان عبد الفضيل (1998) أساليب مواجهة المشكلات في علاقاتها بكل من الضغوط النفسية والاحتراق لدى عينة من معلمي المدارس الثانوية بمدينة المنيا " دراسة تنبؤية ." مجلة البحث في التربية وعلم النفس ، كلية التربية - جامعة المنيا ، المجلد (12) العدد (1) ص 461_492.

151. نجلاء محمد بسيوني رسلان (2006) الذكاء الوجداني للمرأة وعلاقته بتوافقها الزواجي المجلة المصرية للدراسات النفسية ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، المجلد (16) العدد (51) ص 355_492.

152. نجوى السيد محمد إمام (2006) المناخ الأسري وعلاقته بكل من أساليب مواجهة المشكلات الحياتية والتوافق الدراسي لدى عينة من مرضى السكر دراسة مقارنة . رسالة ماجستير ، كلية البنات - جامعة عين شمس.

153. نشوى كرم عمار أبو بكر دردير (2007) الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط أ ، ب وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات . رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة الفيوم.

154. نصر بن محمد الصنقري (2005) .الموسوعة في تربية الأولاد . تقديم أحمد فريد ، الطبعة (2) ، الإسكندرية : دار الإيمان.

155. نصر يوسف مقابلة (1990) أثر مركز الضبط وبعض المتغيرات الديموجرافية علي الاحتراق النفسي لدى عينة من المعلمين . مجلة كلية التربي ة - جامعة المنصورة ، العدد(29) ص 81_105.

156. نور الهدى عمر محمد المقدم (1998) البناء النفسي للمرأة المحرومة من الإنجاب وعلاقته بالمستوى التعليمي والعمل دراسة كلينيكية . مجلة البحث في التربية وعلم النفس ، كلية التربية - جامعة المنيا ، المجلد (12) العدد (1) ص387_415.

157. نسيمة جلولي شتوحي ، (2003) : الإنهاك المهني عند الممرضين و استراتيجيات المقاومة المستخدمة دراسة مقارنة– مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم ، غير منشورة ، جامعة الجزائر.

158. نوال بنت عثمان بن احمد الزهراني: الاحتراق النفسي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى العاملات مع ذوي الاحتياجات الخاصة ، متطلب تكميلي مقدم لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي جامعة أم القرى قسم علم النفس ، المملكة العربية السعودية 2008.

159. هالة سيد عبد العزيز محمد (1998) التوافق الزواجي وعلاقته بدرجة العدوانية لدى الأبناء من12 سنة . رسالة ماجستير ، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.

160. هانم أبو الخير ، و يوسف جلال (2000) البنية العاملية لمصادر الإنهاك النفسي لم علمي ذوي الاحتياجات الخاصة . المؤتمر السنوي لكلية التربية - جامعة المنصورة ، ص 483_527.

161. هشام إبراهيم إسماعيل محمد (1997) الرضا عن المهنة لدى معلمي التعليم الثانوي العام والصناعي وعلاقته بفعالية - الذات والنهك النفسي . رسالة ماجستير ، كلية التربية - جامعة عين شمس.

162. هشام محمد إبراهيم مخيمر (2007) الذكاء الانفعالي وفعالية الذات والتوافق الزواجي لدى عينة من المتزوجين . مجلة دراسات تربوية واجتماعي ة ، كلية التربية - جامعة حلوان ، المجلد (13) العدد (3) ص 53_116.

163. وفاء محمد عبد القوي زعتر (1999) العلاقة بين التوافق الزواجي للوالدين ومستوى النضج الخلقي للأبناء . رسالة ماجستير كلية التربية - جامعة عين شمس.

164. .وسام بريك (2003) ظاهرة الاحتراق النفسي لدى معلمي مدارس عمان الأساسية والثانوية العامة والخاصة وعلاقتها بمجموعة من المتغيرات الديموجرافية والمهنية . مجلة العلوم التربوية ، معهد الدراسات التربوية - جامعة القاهرة ، العدد (1) ص 1_28.

165. وهيبة حاتم ، (2005) : الإنهاك المهني عند الأطباء مصلحة الاستعجالات– مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، غير منشورة ، جامعة الجزائر.

166. زويلف مهدي و الطراونه تحسين، (1998)، منهجية البحث العلمي، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع، عمان، الأردن.

167. تحقيق المرصد الوطني لسلامة الأطباء بفرنسا التعداد الوطني الحوادث ديسمبر 2010 (www.conseil-national.medecin.fr)

168. تحقيق (SESMAT) 2008 "الصحة و رضا الأطباء في العمل" المكمل للتحقيق الأوروبي PRESST-NEXT ، 2004 ، الاستبيان متوفر عبر الموقع التالي : (http://www.presst-next.fr/SESMAT/questionnaire01.php

169. (الدكتور حسان المالح2007) تحت عنوان« ملائكة الرحمة في خطر» مقال لعبد الله الصبيحي شبكة المعرفة المجتمعية ، كنانة أنلاين ، http://www.kenanaonline.com

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

170. Ahola, K. & Hakanen, J. (2007) . Job strain, burnout, and depressive symptoms: A prospective study among dentists, Journal of Affective Disorders,104(1-3),103-110.
171. Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E. Aromaa, A. , Lonnqvist J, (2005)., The relationship between job-related burnout and depressive disorders- results from the Finnish Health 2000 Study . Journal of Affective Disorders , 88 , 55 - 62
172. Aluja, A., Blanch, A., García, L. (2005) . Dimensionality of the Maslach Burnout Inventory in School Teachers: A Study of Several Proposals . European Journal of Psychological Assessment , 21 (1) , 67 - 76 .
173. Angela, C. E., James, Y. N. , George, W. B. (1998) . Gender differences in marital support following a shared life event . Social Science & Medicine , 46 (8) , 1077 - 1085 .
174. Antoine, Sylvie. (2000). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Séminaire infirmier, http: // www.perso.club_intenet.fr/nahwin/seminf.htm_39k ,PP1-8. Revue Psychiatrique France : Orang Outang Bulletin interne du Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger service du Dr Trémine N° 7 Printemps 2001.
175. Association des infirmières et infirmiers. (1998). Section de Genève. In description de fonction de l'infirmière diplômée, Revue de l'infirmière, 40, 66-68.
176. Ayhan, D. & Hural, F. (1999) . Lone Liress and Marital Adjustment of Turkish Couples The Journal Of Psychology , 133 (2) , 230 - 240.
177. Behar, E. (1991). Stress at work and mental heath status among female hospital workers, British journal of industrial medecine, N° .., PP 20-28.
178. Béhar Estryn M. -, D. Muster, M.A. Doppia, G. Machet, K. Guetarni, et le Copil (Comité de pilotage Enquête SESMAT (Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail) Le Concours Médical, 2009, vol. 131, n°1, p. 22-25
179. Beech, H., Burns, L. , Seffild, B. (1982) . A Behavioral a pproach management of stress . A practical Guide to Techninque , John wily & sons , New York : Singapore .
180. BESSE M., CHAZARIN C., DUMONT D., LE FLAHEC A., SOULAGNET-BASCOU M.C. Le burn-out : mythe ou réalité, Recherche en soins infirmiers, 1992, mars, N° 28.
181. Boukortt. C, Lamara Mohamed. A , Benmessaoud. H , Derradji.M , Tifoura.Y, Haddar.M, Brahimi. H : Evaluation des troubles anxiodépressifs chez le personnel soignant, In Archives des maladies professionnelles, volume 65, N°2, Masson éditeur, Paris, 2004.
182. Bowman. M.A & Allen. D.I : Stress and women physicians, Springer - verlag , New York, 1985.
183. Canoui, Pierre & Mauranges – Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou Burn out syndrome. le Carnet Psy Masson, Paris juin 1998.

184. Celeste, M. B. & Raymond, T. L. (2005) . Impact of Work –Family Interference on General Well-Being: A Replication and Extension .International Journal of Stress Management , 12 (3) , 203-221 .

185. Chakali : Burn out chez le personnel du centre anticancéreux de Blida, 19ème rencontre Franco-maghrébine de psychiatrie , Alger, septembre 2000.

186. Chan, D. (2006) Emotional intelligence and components of burnout among Chinese secondary school teachers in Hong Kong, Teaching and Teacher Education,22,1042-1054

187. Chen, Z., Tanaka, N., Masayo. U., Hiramura, H., Shikai, N., Fujihara, S. ,Kitamura, T. (2007) . The Role of Personalities in the Marital Adjustment of Japanese Couples *Social Behavior and Personality* . 35 (4) , 561- 572 .

188. Circulaire D65/3D du 26 Août 1986. Relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale dite " Circulaire Paroque ".In le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie. Bulletin N°5, 1-8. http://www.fxb.org/palliative/cdi/syntheses_b5.html

189. clergy families Wolstencroft, Joseph Michael . Ph.D. of human sciences , The Florida State University , U.S.A.

190. Conrad, D. & Kellar-Guenther, Y. (2006) . Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers . Child Abuse & Neglect , 30 , 1071-1080 .

191. Consini, R., et,al. (1996) . Concise Encyclopedia of Psychology . New York : John Wiley & sons .

192. Cunnigham, J., Lischeron, J., Koh, H. , Ferrier, M. (2004) . Acybernetic Framework Linking Personality And Other Variable In Understanding General Health . Personal Review Farnborough , 33 (55) .

193. D'hoore. W & Col : Le stress des médecins : un risque pour la qualité des soins, école de santé publique. dhoore@hosp.ucl.ac.be.

194. Darya, D. & Dawn, M. (2007) . Examining the Process by Which Marital Adjustment Affects Maternal Warmth : The Role of Coparenting Support as a Mediator . *Journal of Family Psychology* , 21 (2) , 288 -296 .

195. Davis, G. J. (2008) . factors that influence burnout in family service workers in non-metropolitan areas . Doctor of Philosophy , Capella University , U.S.A.

196. Dewe, C. (1989). Stressor frequency, tension, tiredness and coping some measurement Affects Maternal Warmth : The Role of Coparenting Support as a Mediator . *Journal of Family Psychology* , 21 (2) , 288 -296 .

197. Dion. G , Tessier. R : Validation de la traduction de l'inventaire de l'épuisement professionnel de Maslach et Jackson,Canadian Journal of Behavioural Science, Apr 1994.

198. Edelwich, J, Brodsky, A. (1980). Burnout: stages of disillusionment in the helping profession. New york: Human science press.

199. Eiden, R. D. (1995) . Maternal work models of attachment , Marital Adjustment and the parent -child relationship . Child Development , 66 (5) , 1504 - 1418 .

200. Elie AZOULAY &Marie-Cécile PONCET, (Congrès de la SRLF) Reconnaître et prévenir le stress des équipes soignantes des équipes soignantes en réanimation Médicale. Hôpital Saint-Louis, Paris, 18 janvier 2007.

201. Eliezer.N: In cancer nursing up date, Ed Robert Tiffany,London Baillere Tindall, 1981

202. emergency department experience burnout : A review of the literature, Australasian Emergency Nursing Journal , 9 , 57- 64 .

203. Erickson, R., Nichols, L. , Ritter, C. (2000) . Family Influences on Absenteeism: Testing an Expanded Process Model . Journal of Vocational Behavior , 57 , 246-272 .

204. Feldman, C., Brondolo, E., Ben-Dayan, D. , Schwartz, J. (2002) . Sources of Social Support and Burnout , Job Satisfaction, and Productivity . Journal of Occupational Health Psychology , 7 (1) , 84-93 .

205. Fitter, M. (1987). The impact of new technology on nurses and patients in Bayne, B. Firth, H. Cozenzs, J. Wiley, J. Stress in health professionnels, Chichester, 211-229.

206. Frank, D. F. & Lori, N. O. (1995) . Understanding Marriage and Marital Distress: Do Milliseconds Matter? Journal of Family Psychology , 9 (1) , 24 - 27 .

207. Frank, J. F. & Dierek, E. Z. (1991) . Marriage and the Parenting Partnership Perceptions and interactions of parents With Mentally Retarded and typically developing children, Child Development ,62 , 1434 - 1448 .

208. Freudenberger H. J., Richelson G. Burn-Out: How to Beat the High Cost of Success. New York: Bantam Books; 1980.

209. Freudenberger, H. (1974) . staff Burnout . Journal of Social Issues , 50 (1) , 159 - 165

210. Friedman, I. (1995) . Student Behavior Patterns Contributing To Teacher Burnout . Journal of Education , 88 (5) , 281 - 289 .

211. Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Liang, Y., Gonzalez, J. (2008) . The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study .International Journal of Nursing Studies , 4 , 416 - 427 .

212. Gary, S. B. & Stanley, N. (1984) . Psychology of adjustment . The United States of America .

213. Gates, C. H. (2007) . Factors Related to Burnout in North Carolina Public School Teachers . Ph.D of Education , North Carolina State University , U.S.A.

214. Gattis, K., Bems, S., Simpson, L. , Christensen, A. (2004) . Birds of feather or stronge Birds ? ties Among Personality Dimensions Similarity and marital Quality . Journal Of Family Psychology , 18 (4) , 564 - 574 .

215. Gautier. I : Burn out des médecins, Paru dans le bulletin du conseil départemental de l'ordre des médecins de la ville de Paris, N°86, mars 2003.

216. Gerber L. A : Married to their careers and family dilemmas in doctor's lives , Tavistock , New York, 1983.

217. Golembewski, R. R. (1987) . Some effects of multiple interventions on burnout and work site futures. Journal of Applied Behavior Science , 23 (2) , 295-313 .

218. Grath A.C: Occupation and stress in nursing, International Journal of Nursing, vol 26, N°4, 1989 Journal of Psychosocial Nursing 2000; 38(2): 1-9.

219. Grossi, G., Perskia, G, Evenga, A, Blomkvist, B, Orth-Gomer, V. (2003) Physiological correlates of burnout among women . *Journal of Psychosomatic Research,* 55 , 309- 316.

220. Hakanen, J., Bakker, B., , Schaufeli, B. (2006) . Burnout and work engagement among teachers . Journal of School Psychology , 43 ,495 - 513 .

221. Hawk. J & Scott. C.D: A case of family medicine: sources of stress in residents and physicians in practice, in Scott and Hawk (eds) Heal Thyself : The health of health professionals, Bruder / Mazel, New York, 1986. http://www.fxb.org/palliative/cdi/syntheses_b5.html.

222. Hui-Jen, Y. (2004) . Factors affecting student burnout and academic achievement in multiple enrollment programs in Taiwan's technical-vocational colleges . International Journal of EducationalDevelopment , 24 , 283-301

223. Iacovides, A., Fountoulakis, N., Kaprinis, S. , Kaprinis, G. (2003) . The relationship between job stress, burnout and clinical depression .Journal of Affective Disorders , 75 , 209- 221 .

224. Instruction ministérielle N°18 du 27 octobre 2002 relative à la protection de la santé des personnels de santé.

225. Iverson, R., Olekalns, M. , Erwin, P. (1998) . Affectivity, Organizational Stressors, and Absenteeism: A Causal Model of Burnout and Its Consequences. Journal of Vocational Behavior , 52 (1) , 1-23 .

226. Jacinthe Perruchoud Épuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan : état des lieux et prévention Mémoire de fin d'études Déposé à Sion, le 7 juillet 2008 Centre de Sion HES–SO // Valais Domaine de la santé Filière Soins infirmiers

227. Jackson, S., Schwab, R. , Schuler, R. (1986) . Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon . Journal of Applied Psychology , 71(4) , 630 - 640 .

228. James, L. C. & Brent, M. S. (1992) . Gender Role Conflict and Family Environment as Predictors of Men's Marital Satisfaction . Journal Of Family Psychology,6 (1) , 84 - 87

229. Janicki, D. L., Kamarck, T.W., Shiffrnan, S. , Gwaltney, C. J. (2006) .Application of Ecological Momentary Assessment to the Study of Marital Adjustment and Social Interactions During Daily Life . Journal Of Family Psychology , 20 (1) , 168 - 172 .

230. Justic, B., Cold, S. R. , Kiekn, J. P. (1981) . Life events and burnout . Journal of Psychology , 108 , 219-226 .

231. K. Barau-Baumstarck, E. Rebeschini, G. Dalivoust, D. Durand-Bruguerolle, G. Gazazian, F. Martin, Effets du type d'aménagement horaire du travail sur la qualité de vie : étude auprès de 145 agents paramédicaux des services de réanimation La Presse Médicale, 2009, vol.38, n°3, p.346-353.

232. Kagan, J. (1991) . Psychology An Introduction . Publishers, Fort Worth Philadelphia, San Diego, New York .

233. Kahn,H.&Cooper,C.(1993)Stress In The Dealing Room London,New Fetter Lane

234. Kayon, L. & Kurtz, H. (1985) . The relation of personal and environmental variables to teacher burnout . Teaching and Teacher Education , 1 (3) , 243 - 249 .

235. Kristiansen, T., Biarritz, M., Viladsen, E. , Christensen, K. (2005) . The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout . Work & Stress , 19(3) , 192-207 .

236. Monique MARPINARD, Mesure de l'épuisement Professionnel chez les médecins et principes de prévention , www.stressburnout.org.

237. La lettre du psy, magazine électronique " Vol 4, n° 2, février 2000, « L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens, témoignages, analyses et perspectives » ; Union régionale des médecins libéraux www.redpsy.com, juin 2007.

238. l'accompagnement des malades en phase terminale dite " Circulaire Paroque ".In le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie. Bulletin N°5, 1-8.

239. Langle, A. (2003) . Burnout – Existential meaning and possibilities of prevention . European psychotherapy, 4 (1) , 107-122 .218. Larry, K. B., Janet, R. S., Ann, D. F., Gary, K., Susan, M. K. , Regina, B. B.

240. Larry, K. B., Janet, R. S., Ann, D. F., Gary, K., Susan, M. K. , Regina, B. B. (2002) . Predictors of retention among HIV/hemophilia health care professionals General Hospital Psychiatry , 24 , 48-54 .

241. Lazarus, R.S., & Folcman,S., (1984), Stress Appraisal and coping. New York, Springer.

242. Léopold Yves. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National Ordre des Médecins ; www.redpsy.com Octobre 2003.

243. Lert, F. (1993). Evolution des conditions de vie et de travail des infirmières. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Masson vol 41 N° 1 Paris
244. Lert, F. (1993). La mobilisation des ressources personnelles et collectives face aux exigences du travail de soins. Revue Gestion hospitalière; P 21-22. ENSERMV 88, Saint Maurice.
245. Linden, D., Keijsers,G., Eling, P. , Schaijk, R. (2005) . Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures . Work and Stress , 19 (1) , 23-36 .
246. Londau. K. (1992), Psycho-phsical strain and the Burnout phenomen among health care professionnals, l'ergonomie à l'hôpital; ed: Octares, 331-337.
247. Lourel M., Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout a l'aide de l'instrument MBI.L'Encephale 2007; 33: 947-53.
248. Lourel. M : Stress, santé et épuisement professionnel des personnels de l'administration pénitentiaire : Une méta-analyse des processus de burn out, Thèse de Doctorat en psychologie, Rennes II, Haute Bretagne , 2002.
249. Lourel. M., Gana.K. , Prud'homme. V., Cercle. A. (2004). Le burn out chez le personnel des maisons d'arrêt : test du modèle « demande controle » de Karsek, L'encéphale ; xxx ; 557-63, cahier 1.
250. Mark, C. & molloy, G. (1990) . Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout . The British Journal of Educational Psychology , 60 (1) ,37 - 51 .
251. Martinussen, M., Richardsen, A. , Burke, R. (2007) . Job demands, job resources, and burnout among police officers . Journal of Criminal Justice , 35 , 239-249.
252. Maslach , C. & Jackson, S.E., (1984), Burnout in organizational settings, In Applied Social Psychology Annual, 5, pp 133-153.
253. Maslach C., Leiter M. P. The Truth About Burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Fransisco: Jossey-Bass; 1997.
254. Maslach, C. & Goldberg, J. (1998) . Prevention of burnout : New perspectives . Applied and Preventive Psychology , 7(1) , 63-74.
255. Maslach, C.(1982a). Burnout: A Social psychological analysis. In J. W. Jones, The burnout syndrome:Current research, Park Ridge, Illinois: London House Press, pp. 30-53.
256. Maslach. C, Jackson. S.E & Leiter. M.P, Maslach Burnout Inventory Manual, 3rd edition, Palo Alto, Consulting psychologists press, C A , 1996.
257. Maslach. C, Jackson. S.E : Maslach Burnout Inventory Manual, 2nd edition, Palo Alto, Consulting psychologists press, C A , 1986.

258. Matteson, M. T. & Ivancevich, J. H. (1987) . controlling work stress . sanfrancisco : Jossey – Bass. , 242-244 .

259. Mauno, S. & Kinnunen, U. (1999) . The effects of job stressors on marital satisfaction in Finnish dual-earner couples . Journal of Organizational Behavior,20 , 879 - 895 .

260. Mauno, S. & Kinnunen, U. (1999) . The effects of job stressors on marital satisfaction in Finnish dual-earner couples . Journal of Organizational Behavior , 20 , 879 - 895 .

261. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S. , Shapire, I. (2006) . Burnout and Risk of Cardiovascular Disease: Evidence, Possible Causal Paths ,and Promising Research Directions . Psychological Bulletin , 132 (3) ,327 - 353 .

262. Moor. L : Eléments de psychologie médicale de la pratique quotidienne, L'expansion scientifique française, 2ème édition, Paris, 1972.

263. Noel, N natacha; 1-15.. (2001). L'épuisement professionnel en Gerontologie. http://www.multimania.com/dupontthierry/tefe

264. OMS Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de sante connexes: CIM-10. Organisation Mondiale de la Sante; 1992.

265. Periman, M. & Hartman, E. (1982) . Burnout . Summary and future research Human Relation , 35 (4) , 283 – 305 .

266. Perry, A. (1997). Epuisement professionnel, Usure, Burnout, Stress, Depression. Les colonnes d'Epsos 48. Dossier N° 48 - Mars 1998.

267. Pietraszuk, T. (2006) . Burnout in athletics : a test of self- determination theory . Master Science , the Graduate Faculty - Texas Tech University , U.S.A.

268. Pines A. M., Keinan G.Stress and burnout: The significance difference. Personality and Individual Differences 2005; 39: 625-35.

269.Pines, A. M. (2004) . Why Are Israelis Less Burned Out ? European Psychologist , 9 (2) , 69-77

270. Pines, A., Aronson, E.,& Kafry, D.(1981). Burnout: from tedium to personal growth, New York: Free Press.

271. Pines, M. & Keinan, G. (2005) . Stress and burnout: The significant difference. Personality and Individual Differences , 39 , 625-635 .

272. Pines. A & Aronson. E: Career burnout: Causes and cures,Free press, New York, 1988.

273. Potter, C. (2006) . To what extent do nurses and physicians working within the profession. New york: Human science press.

274. Quancard-Miel. H : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Réf N°12, Bordeaux 02-07, Novembre 2000.

275. Raggio, B.& Malacarne, P,(2007), Burnout in Intensive Care Unit Minerva *Anestesiologica* , 73 (4) , 195 - 200 .

276. Rodary C & Col : Le stress des infirmières, Quelles conséquences sur leur santé, IGR info, 1993, Pp 1- 4.

277. Rupert, A. & Kena, J. (2007) . Gender and Work Setting Differences in Career-Sustaining Behaviors and Burnout Among Professional Psychologists . Professional Psychology: Research and Practice , 38 (1) , 88- 96 .

278. Rusell, R. J. & Wells, P. A. (1994) . Personality and quality of marriage . British Journal of Psychology , 85 (2) , 161 - 170 .

279. Saint Arnaud, L, et Call. (1992). Les symptômes psychologiques en milieu hospitalier, l'ergonomie à l'hôpital; Ed: Octares, 338-342.

280. Schaufeli. W.B , Maslach. C & Marek. T: Professional burnout : Recent developments in theory and research, Ed Taylor & Francis, New York, 1993.

281. Snow, M. D. (2008) . Is bunout an occupational challenge for the working massage therapist and if so is there a relationship between burnout and proactive coping ?. Ph.D. of Philosophy , Capella University U.S.A. Social Behavior and Personality . 35 (4) , 561- 572 .

282. Sonnenschein, M., Sorbi, M., van Doornen, L., Schaufeli, W. , Maas, C. (2007) Evidence that impaired sleep recovery may complicate burnout improvement independently of depressive mood . Journal of Psychosomatic Research , 62 , 487-494 .

283. Spanier,G.B.1976 .measuring dyadic adjustment ,new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads ;journal of marriage and the family 38;1528

284. Stordeur S, Vandenberghe C, D'Hoore W. [Predictors of nurses' professional burnout: a study in a university hospital]. Rech Soins Infirm. 1999 Dec(59):57-67.

285. Stordeur, S. & al (1998). Influence des types de leadership adopté par l'infimière-chef sur le Burnout des soignants. Université Catholique de Louvain Belgique http://

286. Stordeur, S.(1998) Influence des types de leadership adopté par l'infirmière-chef sur le Burnout des soignants,Université Catholique de Louvain Belgique, www.alass.org:fr/calass99_4.html.

287. Tang, F. & Pang, Y. (2006) . Job burnout , work-family interface and personal control of primary, junior and senior middle school teachers,Chinese Journal of Rehabilitation ,10 (46),82-85

288. Theodore,W., Jackson, A., Gallery, F., Heyworth, J., Cockington, O., Gaudry, F. , Revicki, P. (1991), Work -related stress and depression among physicians pursuing postgraduate training in emergency medicine: An international study . Annals of Emergency Medicine , 20(9) , 992-996 .

289. Truchot D. Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions.Paris: Dunod; 2004.

290. Truchot D: Le burn out: qu'en savons-nous aujourd'hui? Une revue critique des recherches actuelles, Université de Franche-comté, France http://www.travailetsanté.org/Congres/pdf/session10.pdf

291. Truchot, D., 2001, Le burn-out des médecins libéraux de Bourgogne, rapport de recherche polycopié, Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne.

292. Truchot. D & Fisher. G.N : Santé et travail, in : G.N. Fisher, Traité de psychologie de la santé, Dunod, Paris ,2002.

293. Williams, C. C. (2007) . the relationship between professional burnout and marital satisfaction . Ph.D. of Philosophy . Capella University ,U.S.A.

294. Zellars. K. L, Perrewe. P. l, Hochwarter.W.A (1999), Mitigating Burnout Among High-NA Employees in health care: what can Organization Do ? Journal of Applied Social Psychology 29, 11, pp 2250-2271.

295. Zongker, C. E. (1989) . Burnout and marital adjustment in urban and rural clergy families Wolstencroft, Joseph Michael . Ph.D. of human sciences , The Florida State University , U.S.A.


الملاحق

الملحــق رقم(01)

استمارة صدق المحكمين

أستاذي الكريم

نحن بصدد اجراء دراسة في اطار تحضير رسالة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم تحت عنوان"**علاقة الاحتراق النفسي بالتوافق الزواجي لدى ممارسو الصحة العمومية الجزائرية**" دراسة ميدانية في المستشفيات الجامعية بالجزائر العاصمة ،للطالب جديات عبد الحميد تحت إشراف الأستاذ بوطاف مسعود ، و لذا نرجو من حضرتكم المساعدة بالحكم على صدق محتوى المقياسين التاليين :

1) مقياس الإنهاك المهني لماسلاش (1981) Maslach Burn out Inventory (MBI)

2) مقياس التوافق الزواجي marital adystment scale

راجين من حضراتكم :

- التحقق من أن الأبعاد تقيس ما وضعت لقياسه.
- مدى صلاحية المقياس للتطبيق على المجتمع الجزائري.
- مدى سلامة التعريب مقارنة بالمقياس الأصلي (مرفق)

الوثائق المرفقة :

- ملخص اشكالية الدراسة
- استمارة المعلومات الشخصية
- مقياس الانهاك النفسي :
  - مترجم للفرنسية من طرف (1994 Dion & Tessier)
  - مترجم للغة العربية من طرف طوالبه محمد عبد الرحمان (1999)
- مقياس التوافق الزواجي :
  - مترجم للفرنسية من طرف (Baillargeon et al 1986)
  - مترجم للغة العربية من طرف بلميهوب كلثوم (2004)

شاكرين لكم ومقدرين جهودكم

جدول يبين أسماء الأساتذة المحكمين

الرقم	الإسم واللقب	الاختصاص	مكان العمـل
01	خطار زهية	استاذة علم النفس	جامعة الجزائر -2-
02	بوطاف علي	استاذ علم النفس	جامعة الجزائر -2-
03	بوشوب شهرزاد	استاذة علم النفس	جامعة الجزائر -2-
04	أيت حبوش سعاد	استاذة علم النفس	جامعة الجزائر -2-
05	عبدون مصطفى	استاذ علم النفس	جامعة الجزائر -2-
06	خطاش ربيعة	استاذة علم النفس	جامعة الجزائر -2-

الملحـــق رقم(02)

ملخص إشكالية الدراسة:

يعد الإنهاك النفسي « BURNOUT » مشكلة خطيرة قد يمتد أثرها إلي أغلب سلوكيات محترفي الصحة العمومية حيث لها مجموعة من الآثار السلبية التي قد تصيب الفرد مما يترتب عليها من تدهور نوعية الخدمات و العلاج و كذا التشخيص والانسحاب من العمل و قلة الالتزام ، بل من الحياة كلها فيتقاعد مبكرا ، وحتى إن استمر في عمله فيكون روتينيا جدا ، ويقل اهتمامه بالبعد الإنساني فيصبح جاف و عدواني في تعامله مع الغير في محيط العمل بل تمتد الآثار لباقي مجالات الحياة الاجتماعية و حتى إلى محيط الأسرة.

وتؤكد الدراسات في هذا المجال من البحث ، على انتشار الإنهاك النفسي بين عمال المصالح الطبية خاصة منهم الممرضين والأطبا، و تكشف الأعداد المتزايدة من الكتابات حول الممارسة الطبية و إنهاك المعالجين أن من بين هؤلاء الذين تتمثل مهنتهم في تقديم المساعدة فإن الأطباء الإستشفائيين هم الفئة الأكثر تعرضا للضغط المزمن أو الإنهاك النفسي.

و يتمثل الإنهاك النفسي في مجموعة من الأعراض ، والتي تظهر في حالات التشاؤم ، وقلة الدافعية ، والافتقار إلى الاندماج الوجداني والجانب الاجتماعي ، مما يؤثر في قيام العلاقة الزواجية وأداء كل من الزواجين لعمله ودوره خارج وداخل المنزل.لهذا فالإنهاك النفسي له من الآثار السلبية ما قد يقلل من رضا الفرد (الزوج) عن حياته المهنية ، وكذلك حياته الزوجية ، مما ينعكس سلبا على المجتمع بمن فيه.

انطلاقا مما سبق يتضح الجانب الأول من مشكلة الدراسة في موضوعه وهو الإنهاك النفسي وعلاقته بالتوافق الزواجي لدى محترفي الصحة العمومية بالمؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

وفي ضوء ذلك فإن مشكلة الدراسة تتبلور في الأسئلة التالية:

1) هل يعاني ممارسو الصحة العمومية الجزائرية من تناذر الإنهاك النفسي ؟ و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي.
2) هل تتباين مستويات تناذر الإنهاك النفسي باختلاف الحالة الاجتماعية (متوج/أعزب) لدى عينة الدراسة؟ و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي
3) هل تتباين مستويات تناذر الإنهاك النفسي باختلاف الحالة الجنس لدى عينة الدراسة؟ و هذا وفقا لأبعاده الثلاثة المستخدمة في مقياس ماسلاش لقياس الإنهاك النفسي
4) ما طبيعة العلاقة بين الإنهاك النفسي و التوافق الزواجي لدى عينة الدراسة ؟
5) هل يختلف مستوى التوافق الزواجي باختلاف الجنس لدى عينة الدراسة المنهكة نفسيا ؟

- التعاريف الإجرائية:

- الإنـهاك النفسي BURNOUT:

ونقصد به الحالة النفسية تصيب الفرد بالإرهاق والتعب نتيجة وجود متطلبات وأعباء إضافية يشعر معها الفرد أنه غير قادر على التكيف والتحمل مما ينعكس عليه سلبيا ، وكذلك على من يتعامل معه ، بل يمتد فيقلل من مستوى الخدمة نفسها ، ويتم ذلك عبر مراحل ثلاث : الشعور بوجد الضغوط على كاهل الفرد (المهني) ، الشعور بالقلق والتعب نتيجة لعدم القدرة على التكيف مع تلك الضغوط ، حدوث مجموعة من ا لتغيرات السلبية سلوكيا تغير اتجاهات و سلوك الفرد نحو العمل وكذلك الآخرين مثل الروتين والجفاف في ا لتعامل.

والذي يظهر من خلال الدرجة الكلية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على فقرات اختبار الإنهاك التنفسي (لماسلاش 1982)المستخدم في الدراسة الحالية.

- التوافق الزواجي MARITAL ADJUSTMENT:

هو الاتفاق النسبي بين الزوجين على موضوعات حياتهم الزوجية و هو درجة الفرد التي يحصل عليها في مقياس التوافق الزواجي (G.SPANIER) المستخدم في الدراسة الحالية و التي تقاس من خلال الأبعاد التالية: الرضا بين الطرفين ،التعبير عن العواطف ،الإجماع بين الطرفين و الانسجام بين الطرفين.

الملحـــق رقم (03) أدوات جمع البيانات

جامعة الجزائر – **2**– كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية

فرع العمل والتنظيم

أخي أختي ممارسو الصحة العمومية ، السلام عليكم و رحمة الله وبركاته وبعد:

نحن بصدد إجراء دراسة بعنوان " علاقة الانهاك النفسي بالتوافق الزواجي " في إطار دراسة مسحية مقارنة على ممارسو الصحة العمومية بالمستشفيات الجامعية بالجزائر العاصمة ، وذلك استكمالا للحصول على شهادة الماجستير تخصص علم النفس العمل والتنظيم.

إن نجاح مهمة الباحثين مرتبطة بمدى تعاونكم، ولذا فإننا نأمل منكم التكرم بالإطلاع على كل عبارة من عبارات الاستبيانين الآتيين، و الإجابة عنها بكل دقة و موضوعية، علما أن جميع إجاباتكم ستكون موضع العناية والاهتمام و السرية ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، ونشكركم مسبقا على مساعدتكم ومساهمتكم في إنجاح هذا البحث.

I. استمارة المعلومات الشخصية

من فضلك أشر بعلامة X بداخل الخانة المناسبة

1. **الجنس :** أنثـــى ( ) ذكـــر ( )
2. **السن :** ...... سنة
3. **سنوات العمل في نفس المنصب :** ....سنة
5. **الحالة الاجتماعية:** أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( ).
6. **مؤسسة العمل:**

المستشفى الجامعي لباب الوادي ( )

المستشفى الجامعي بني مسوس ( )

المستشفى الجامعي مصطفى باشا ( )

7. **المصلحة :**

مصلحة الاستعجالات ( )

مصلحة الانعاش ( )

مصلحة الجراحة العامة ( )

آمالنا نحوكم:

- الإجابة على كل الأسئلة
- إعطاء الإجابة الأولى بشكل تلقائي ، نرجوا مكنم الدقة والصدق .
- استوحوا إجابتكم من خلال انطباعاتكم وأحاسيسكم خلال الثلاث الأشهر الماضية.
- في حالة الخطأ، أشطبوا و أكتبوا إجابتكم الصحيحة.
- راجعوا كل الاستبيان حتى تتأكدوا من الإجابة على كل الأسئلة
- وضع علامة (✓) أمام العبارة التي تناسب اختيارك

الملحــق رقم(04)

Université d'alger -2-

Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education et de l'Orthophonie

Psychologie de Travail et Organisation

Madame, monsieur, praticien en santé publique

La présente a pour but de solliciter votre participation à une recherche scientifique, Cette recherche se déroule dans le cadre d'une thèse de magister en psychologie option travail et organisation à l'Université d'Alger, faculté des sciences humaines et des sciences sociales de Bouzaréah, sous la direction du docteur BOUTAF MESSAOUD.
Cette recherche vise à mettre en lumière la qualité des relations conjugales des praticiens de la santé publique algérienne, travaillants dans le milieu hospitalier, et sa relation avec l'épuisement professionnel (le syndrome du burn-out).

Votre participation à cette recherche serait grandement apprécié, c'est pourquoi il serait utile que vous complétiez les questionnaires ci-dessous en entiers, item par item, en mettant une croix (x) à la réponse qui vous semble la plus approprier, Chaque participant reçoit une enveloppe dans laquelle se trouve deux questionnaires et un formulaire de renseignements généraux portant sur votre situation familiale et professionnelle actuelle, Remplir ces questionnaires demandent à peine plus d'une demi-heure.

Soyez assurés que tout renseignement sera traité a des fins purement scientifiques, de façon strictement confidentielle et qu'aucune information individuelle ne sera divulguée à quiconque, Si vous désirez de plus amples informations sur cette recherche et votre participation, n'hésitez surtout pas, vous me trouverez a votre entière disposition.

Nos souhaits a votre égard :
-répondre clairement à toutes les questions.
-Donner votre premières réponses de façon spontanée ; soyez précis et sincère.
-Complétez les questions rapidement et avec efficacité.
- Il s'agit de votre opinion personnelle, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
-Pour vos réponses, inspirez-vous de vos impressions et sensations des trois derniers mois.
-En cas d'erreur, barrez et écrivez votre nouvelle réponse.
-Vérifiez chaque questionnaire pour vous assurer que vous avez répondu à toutes les questions

Je vous prie de croire,madame, monsieur, à toute ma considération.

DJEDIAT ABDELHAMID.
Étudiant Magister en psychologie
Université d'Alger, Bouzareah.

Renseignement généreaux :

1 - Sexe : m ( ) f ( )
2- Age : (   ) ans.
3 - Situation Matrimoniale : Célibataire ( ), Marié (e) ( ), veuf (ve) ( ), divorcé (e) ( ).
4- profession : médecin ( ), infirmier(e) ( ).
5 - Nombre d'année dans l'emploi Actuel ( )
6- établissement : CHU BAB EL OUED ( ), CHU BENNI MESSOUS ( ), CHU MUSTAPHA PACHA ( ).
7- service : urgences ( ), réanimation ( ), chirurgie générale ( ).

الملحـق رقم(05)

II. مقياس الانهاك النفسي باللغة الفرنسية

أ. الصيغة المترجم للغة الفرنسية من طرف (1994 Dion & Tessier)

Maslach Burn Out Inventory (MBI)

jamais 0 | quelques fois par année au moins 1
une fois par mois au moins : 2 | quelques fois par mois : 3
une fois par semaine : 4 | quelques fois par semaine : 5
chaque jour : 6

Item	Fréquence
1.Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

الملحــق رقم(06) مقياس الإنهاك النفسي المستعمل في البحث الحالي

MASLASH BURNOUT Inventory

ب- الصيغة المترجم للغة العربية من طرف طوالبه محمد عبد الرحمان (1999)

	السؤال	أبدا	مرات في السنة على الأقل	مرة في الشهر على الأقل	مرات في الشهر	مرة في الأسبوع	مرات في الأسبوع	كل يوم
1	أشعر بأنني مرهق عاطفيا بسبب عملي							
2	أشعر باستنفاد كامل طاقتي في نهاية اليوم الذي أقضيه في عملي							
3	أشعر بالتعب حينما أصحو في الصباح لمواجهة يوم عمل آخر							
4	أستطيع أن أتفهم بسهولة مشاعر المرضى							
5	أشعر بأنني أتعامل مع بعض المرضى وكأنهم أشياء جامدة							
6	العمل مع الناس طوال اليوم يتطلب مني جهد كبير							
7	أعالج بكفاءة عالية و نجاح مشاكل المرضى							
8	أشعر بالانهيار بسبب عملي							
9	أشعر أنني من خلال عملي أؤثر ايجابيا في حياة الآخرين							
10	أصبحت شخصا قاسيا على ا لناس منذ بدأت هذا العمل							
11	أخشى من قساوة وتبلدا مشاعري بسبب هذا العمل							
12	أشعر بالنشاط والحيوية							
13	أشعر بالإحباط بسبب عملي							
14	أشعر أنني أبذل جل جهدي في عملي							
15	إنني في الواقع لا أعبأ (أهتم) بما يحدث للمرضى							
16	التعامل مع الناس بشكل مباشر في عملي يشكل لي ضغطا كبيرا							
17	أستطيع بسهولة تهيئة الجو المريح للتعامل مع المرضى							
18	استعيد حيويتي عندما أكون قريبا من مرضاي							
19	حققت أشياء كثيرة جديرة بالتقدير في هذا العمل							
20	أشعر بأنني على وشك الانهيار							
21	في عملي أتعامل بهدوء تام مع المشاكل النفسية							
22	أشعر أن المرضى يلومونني على بعض مشاكلهم							

الملحــق رقم(07)

مقياس التوافق الزواجي

ECHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

Graham B. Spanier, 1976
Adaptation française:
Jacques Baillargeon Ph.D., Gilles Dubois Ph.D., René Martineau PhD.
Université du Québec à Trois-Rivières, 1986

ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

(Spanier, 1976 ; Traduite et adaptée par Baillargeon et coll., 1986)

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. Indiquez dans quelle mesure vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants.

Toujours en accord	Presque toujours en accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1	2	3	4	5	6

1.	Le budget familial	1	2	3	4	5	6
2.	Le domaine des sports et de la récréation	1	2	3	4	5	6
3.	Les questions religieuses	1	2	3	4	5	6
4.	Les manifestations d'affection	1	2	3	4	5	6
5.	Les amis	1	2	3	4	5	6
6.	Les relations sexuelles	1	2	3	4	5	6
7.	Les conventions sociales (se comporter de façon correcte et appropriée)	1	2	3	4	5	6
8.	La façon de voir la vie	1	2	3	4	5	6
9.	Les relations avec les parents et les beaux-parents	1	2	3	4	5	6
10.	Les buts, objectifs et choses jugées importantes	1	2	3	4	5	6
11.	La quantité de temps passé ensemble	1	2	3	4	5	6
12.	La manière de prendre des décisions importantes	1	2	3	4	5	6
13.	Les tâches à faire à la maison	1	2	3	4	5	6
14.	Les intérêts de loisir et les activités de détente	1	2	3	4	5	6
15.	Les décisions concernant le travail (métier/profession/carrière)	1	2	3	4	5	6

Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
1	2	3	4	5	6

16.	Est-ce qu'il vous arrive souvent ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle ?	1	2	3	4	5	6
17.	Combien de fois arrive-t-il à vous ou à votre partenaire, de quitter la maison après une chicane de ménage ?	1	2	3	4	5	6

Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasion-nellement	Rarement	Jamais
1	2	3	4	5	6

18.	De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire ?	1	2	3	4	5	6
19.	Vous confiez-vous à votre partenaire ?	1	2	3	4	5	6
20.	Avez-vous déjà regretté de vous être mariés ou de vivre ensemble ?	1	2	3	4	5	6
21.	Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre partenaire ?	1	2	3	4	5	6
22.	Combien de fois vous arrive-t-il, vous et votre partenaire, de vous taper sur les nerfs ?	1	2	3	4	5	6

À chaque jour	Presque chaque jour	À l'occasion	Rarement	Jamais
1	2	3	4	5

23.	Embrassez-vous votre partenaire ?	1	2	3	4	5

Tous	La majorité	Quelques-uns	Très peu	Aucun
1	2	3	4	5

24.	Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison?	1	2	3	4	5

D'après vous, combien de fois les événements suivants se produisent-ils ?

Jamais	Moins qu'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
1	2	3	4	5	6

25.	Avoir un échange d'idées stimulant entre vous deux	1	2	3	4	5	6
26.	Rire ensemble	1	2	3	4	5	6
27.	Discuter calmement	1	2	3	4	5	6
28.	Travailler ensemble sur quelque chose	1	2	3	4	5	6

Les couples ne sont pas toujours d'accord. Indiquez si les situations suivantes ont provoqué des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines. (Cochez oui ou non.)

		Oui	Non
29.	Être trop fatigué pour avoir des relations sexuelles	☐	☐
30.	Ne pas manifester son amour	☐	☐

31. Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale "heureuse" correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Cochez la case qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.

Extrêmement malheureux	Assez malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

****

32. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation ? ***(Cochez une seule réponse.)***

Je désire désespérément que ma relation réussisse et ***je ferais presque n'importe quoi*** pour que ça arrive. ☐

Je désire énormément que ma relation réussisse et ***je ferai tout ce qui est en mon pouvoir*** pour que cela se réalise. ☐

Je désire énormément que ma relation réussisse et ***je vais faire ma juste part*** pour que cela se réalise. ☐

Ce serait bien si ma relation réussissait mais ***je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant*** pour y arriver. ☐

Ce serait bien si cela réussissait mais ***je refuse de faire davantage que ce que je fais*** *maintenant* pour maintenir cette relation. ☐

Ma relation ne pourra jamais réussir et ***je ne peux rien faire de plus*** pour la maintenir. ☐

الملحــق رقم(08) مقياس التوافق الزواجي المستعمل في البحث الحالي

ECHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

Graham B. Spanier, 1976

تعريب الدكتورة بلميهوب كلثوم جامعة الجزائر 2004

	السؤال	دائما نتفق	معظم الأوقات نتفق	أحيانا نختلف	كثيرا ما نختلف	معظم الأوقات نختلف	دائما نختلف
1	تسيير الشؤون المالية للأسرة						
2	كيفية قضاء أوقات الراحة						
3	الشؤون الدينية						
4	إظهار العاطفة						
5	الأصدقاء						
6	العلاقات الجنسية						
7	الاتفاق حول مفهوم السلوك الصحيح						
8	فلسفة الحياة						
9	طريقة التعامل مع أهل الزوج (ة)						
10	مدى الاتفاق حول الأهداف والأشياء التي تعتقد أنها هامة						
11	مدى الوقت الذي تقضيانه مع بعض						
12	اتخاذ القرارات المهمة						
13	أشغال البيت						
14	أنشطة وقت الفراغ						
15	قرارات العمل و المهنة						
		كل الوقت	معظم الوقت	مرات كثيرة	أحيانا	نادرا	أبدا
16	كم مرة تحدثت أو فكرت في الطلاق ؟						
17	كم مرة أنت أو زوجك تركت البيت بعد شجار بينكما ؟						
18	بشكل عام ما مدى اعتقادك أن الأمور بينك وبين الزوج (ة) هي في حالة جيدة ؟						
19	هل تبوح بكل شيء للزوج (ة) ؟						
20	هل حدث لك أن ندمت على الزواج ؟						
21	إلى أي مدى تتشاجر أنت و الزوج (ة) ؟						
22	إلى أي حد يثير أحدكما أعصاب الآخر ؟						
		كل يوم	معظم الأيام	أحيانا	نادرا	أبدا	

23	هل تقبّل زوجك أو زوجتك ؟					
		كلها	معظمها	البعض منها	القليل جدا منها	ولا واحدة منها
24	هل تقوم أنت وزوجك (زوجتك) بنشاطات خارجية مع بعضكما البعض					
	ما مدى حدوث الأمور الآتية بينك وبين زوجك (زوجتك) ؟	أبدا	أقل من مرة في الشهر	مرة أو مرتين في الشهر	مرة في اليوم	كثيرا
25	تبادل للأفكار					
26	الضحك مع بعض					
27	مناقشة هادئة					
28	القيام بمشروع مع بعض					

هناك بعض الأمور التي يتفق عليها الأزواج أحيانا ويختلفون حولها أحيانا أخرى حدد ما إذا كان البندين التاليين قد سبب لكما اختلافا في الرأي أو مشاكل في علاقتكما (أجب بنعم أو لا) في الأسابيع القليلة الماضية.

29. جد متعب لممارسة الجنس نعم : ❒ لا : ❒

30. عدم إظهار الحب نعم : ❒ لا : ❒

31. تمثل الأرقام الآتية درجات متفاوتة من السعادة في علاقتك: مثلا يمثل الرقم (3) (سعيد) متوسط السعادة في معظم العلاقات.
من فضلك اشر إلى الدرجة التي تعبر أكثر عن مدى سعادتك، أخذا بعين الاعتبار كل الجوانب في علاقتك الزوجية.

ضع دائرة على الرقم المناسب

0	1	2	3	4	5	6
منتهى التعاسة	**تعيس قليلا**	**تعيس**	**سعيد**	**جد سعيد**	**منتهى السعادة**	**الكمال**

32. من فضلك ضع دائرة أمام واحدة من العبارات التي تصف شعورك بشكل أفضل حول مستقبل علاقتكما.

1. أريد جاهدا النجاح لعلاقتنا وسأذهب إلى ابعد الحدود لكي يتحقق ذلك
2. ارغب كثيرا لعلاقتنا أن تنجح وسأبذل كل ما في وسعي ليتحقق ذلك
3. ارغب كثيرا لعلاقتنا أن تنجح وسأقوم بما علي كي يتحقق ذلك
4. سيكون شيئا جميلا إذا نجحت علاقتنا ولكن لا استطيع أن أقوم بأكثر مما أقوم به حاليا كي تنجح
5. سيكون شيئا جميلا إذا نجحت علاقتنا ولكنني ارفض أن أقوم بأكثر مما أقوم به حاليا كي أحافظ على استمرار علاقتنا
6. علاقتي لن تنجح أبدا وليس في الإمكان القيام بأكثر مما أقوم به للحفاظ على استمراريتها.

الملحـــق رقم (09)

النتائج الخام لعينة البحث الاستطلاعية								الإنهاك النفسي			التوافق الزواجي
رقم	الجنس	السن	الحالة الاجتماعية	المهنة	الأقدمية	المستشفى	المصلحة	الإجهاد الانفعالي	تبلد المشاعر	الإنجاز الشخصي	
1	ذكور	36	أعزب	طبيب	7	بني مسوس	الاستعجالات	26	9	25	/
2	ذكور	45	متزوج	طبيب	6	بني مسوس	الجراحة العامة	28	14	30	120
3	ذكور	42	متزوج	طبيب	9	بني مسوس	الانعاش	28	14	30	135
4	ذكور	38	أعزب	طبيب	11	مصطفى باشا	الاستعجالات	27	10	31	/
5	ذكور	33	أعزب	طبيب	15	مصطفى باشا	الجراحة العامة	28	10	32	/
6	ذكور	29	أعزب	طبيب	16	مصطفى باشا	الانعاش	30	14	28	/
7	ذكور	35	متزوج	طبيب	9	باب الوادي	الاستعجالات	30	14	29	98
8	ذكور	32	متزوج	طبيب	18	باب الوادي	الجراحة العامة	31	15	31	90
9	ذكور	46	متزوج	طبيب	9	باب الوادي	الانعاش	33	15	32	85
10	ذكور	48	أعزب	ممرض	5	باب الوادي	الاستعجالات	25	10	30	/
11	ذكور	42	أعزب	ممرض	18	باب الوادي	الجراحة العامة	26	14	30	/
12	ذكور	36	أعزب	ممرض	5	باب الوادي	الانعاش	19	8	32	/
13	ذكور	35	أعزب	ممرض	17	بني مسوس	الاستعجالات	25	13	35	/
14	ذكور	45	أعزب	ممرض	11	بني مسوس	الجراحة العامة	28	9	36	/
15	ذكور	48	متزوج	ممرض	12	بني مسوس	الانعاش	35	19	29	70
16	ذكور	29	متزوج	ممرض	5	مصطفى باشا	الاستعجالات	33	14	25	87
17	ذكور	26	متزوج	ممرض	4	مصطفى باشا	الجراحة العامة	29	12	32	101
18	ذكور	35	أعزب	ممرض	2	مصطفى باشا	الانعاش	27	10	33	/
19	اناث	29	متزوجة	طبيبة	8	بني مسوس	الاستعجالات	29	14	31	ناقص
20	اناث	36	متزوجة	طبيبة	9	بني مسوس	الجراحة العامة	44	20	25	ناقص
21	اناث	35	متزوجة	طبيبة	6	بني مسوس	الانعاش	44	21	26	ناقص
22	اناث	38	متزوجة	طبيبة	7	باب الوادي	الاستعجالات	39	22	25	ناقص
23	اناث	39	متزوجة	طبيبة	8	باب الوادي	الجراحة العامة	36	22	29	ناقص
24	اناث	36	متزوجة	طبيبة	9	باب الوادي	الانعاش	33	19	31	ناقص
25	اناث	35	عزباء	طبيبة	11	مصطفى باشا	الاستعجالات	23	15	39	/
26	اناث	29	عزباء	طبيبة	25	مصطفى باشا	الجراحة العامة	26	10	33	/
27	اناث	28	عزباء	طبيبة	26	مصطفى باشا	الانعاش	28	11	31	/
28	اناث	37	متزوجة	ممرضة	27	مصطفى باشا	الاستعجالات	28	15	32	106
29	اناث	49	متزوجة	ممرضة	8	مصطفى باشا	الجراحة العامة	27	12	25	135
30	اناث	29	عزباء	ممرضة	9	مصطفى باشا	الانعاش	39	18	24	/
31	اناث	44	متزوجة	ممرضة	7	باب الوادي	الاستعجالات	33	19	25	92
32	اناث	45	عزباء	ممرضة	8	باب الوادي	الجراحة العامة	28	12	32	/
33	اناث	29	متزوجة	ممرضة	9	باب الوادي	الانعاش	36	20	28	57
34	اناث	39	عزباء	ممرضة	7	بني مسوس	الاستعجالات	27	15	33	/
35	اناث	39	عزباء	ممرضة	7	بني مسوس	الجراحة العامة	32	20	29	/
36	اناث	33	متزوجة	ممرضة	7	بني مسوس	الانعاش	49	22	27	52

الملحــق رقم (10)

النتائج الخام لعينة البحث الأساسية

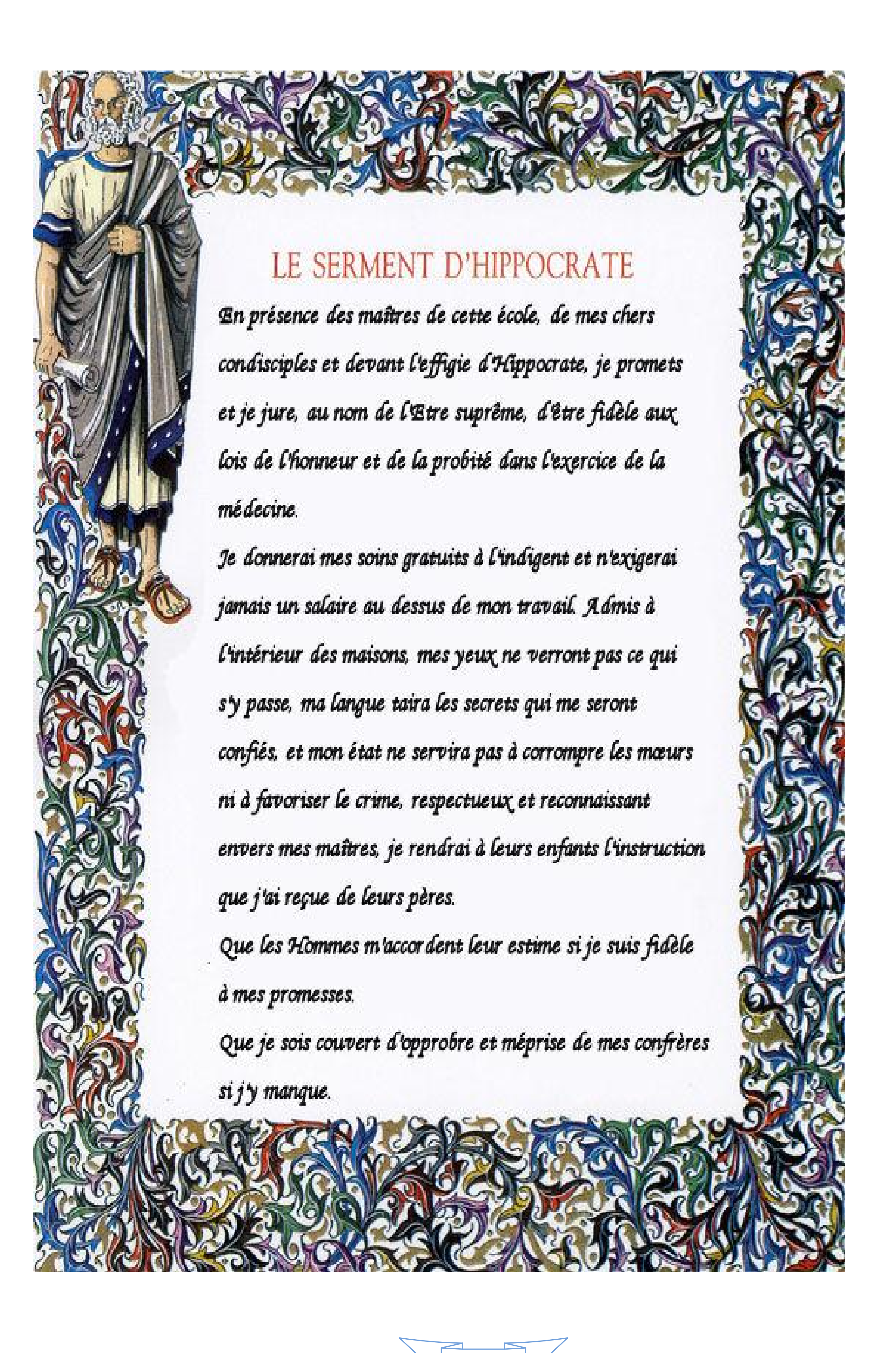
خصائص عينة البحث							الانهاك النفسي			التوافق الزواجي
الجنس	السن	الحالة الاجتماعية	المهنة	الأقدمية	المستشفى	المصلحة	الإجهاد الانفعالي	تبلد المشاعر	الإنجاز الشخصي	
ذكور	31	أعزب	طبيب	2	بني مسوس	الاستعجالات	27	10	35	/
ذكور	35	متزوج	طبيب	3	بني مسوس	الاستعجالات	29	18	36	51
ذكور	34	متزوج	طبيب	2	بني مسوس	الاستعجالات	29	19	35	29
ذكور	33	أعزب	ممرض	2	بني مسوس	الاستعجالات	28	12	31	/
ذكور	32	أعزب	ممرض	11	بني مسوس	الاستعجالات	28	15	30	/
ذكور	31	أعزب	ممرض	15	بني مسوس	الاستعجالات	27	13	30	/
ذكور	32	متزوج	ممرض	25	بني مسوس	الاستعجالات	33	24	29	39
ذكور	32	متزوج	ممرض	23	بني مسوس	الاستعجالات	32	26	24	35
ذكور	35	متزوج	ممرض	24	بني مسوس	الاستعجالات	31	25	25	66
ذكور	35	أعزب	طبيب	4	بني مسوس	الجراحة العامة	33	19	28	/
ذكور	36	أعزب	طبيب	5	بني مسوس	الجراحة العامة	29	12	29	/
ذكور	36	أعزب	طبيب	4	بني مسوس	الجراحة العامة	28	15	30	/
ذكور	37	أعزب	طبيب	5	بني مسوس	الجراحة العامة	25	14	30	/
ذكور	38	أعزب	ممرض	3	بني مسوس	الجراحة العامة	11	12	29	/
ذكور	36	متزوج	ممرض	2	بني مسوس	الجراحة العامة	33	15	30	68
ذكور	39	متزوج	ممرض	10	بني مسوس	الجراحة العامة	31	18	24	100
ذكور	29	متزوج	ممرض	8	بني مسوس	الجراحة العامة	33	19	21	93
ذكور	27	أعزب	ممرض	9	بني مسوس	الجراحة العامة	28	12	28	/
ذكور	25	أعزب	ممرض	7	بني مسوس	الجراحة العامة	27	10	29	/
ذكور	36	أعزب	طبيب	10	بني مسوس	الانعاش	29	11	27	/
ذكور	37	أعزب	طبيب	9	بني مسوس	الانعاش	30	11	31	/
ذكور	40	أعزب	ممرض	8	بني مسوس	الانعاش	31	11	30	/
ذكور	32	أعزب	طبيب	5	باب الوادي	الاستعجالات	30	14	27	/
ذكور	30	أعزب	طبيب	4	باب الوادي	الاستعجالات	29	12	30	/
ذكور	29	أعزب	طبيب	10	باب الوادي	الاستعجالات	28	10	30	/
ذكور	25	أعزب	ممرض	2	باب الوادي	الاستعجالات	24	15	30	/
ذكور	26	أعزب	ممرض	10	باب الوادي	الاستعجالات	27	10	29	/
ذكور	30	متزوج	ممرض	6	باب الوادي	الاستعجالات	33	14	26	85
ذكور	32	متزوج	طبيب	5	باب الوادي	الجراحة العامة	31	15	24	70
ذكور	33	متزوج	طبيب	4	باب الوادي	الجراحة العامة	32	14	28	55
ذكور	35	متزوج	طبيب	5	باب الوادي	الجراحة العامة	35	15	26	92
ذكور	31	متزوج	طبيب	2	باب الوادي	الجراحة العامة	33	18	24	65
ذكور	35	متزوج	ممرض	5	باب الوادي	الجراحة العامة	32	17	25	29
ذكور	35	متزوج	ممرض	5	باب الوادي	الجراحة العامة	32	14	25	52
ذكور	33	متزوج	ممرض	6	باب الوادي	الجراحة العامة	33	13	15	32
ذكور	31	متزوج	ممرض	6	باب الوادي	الجراحة العامة	30	15	21	75
ذكور	32	متزوج	ممرض	6	باب الوادي	الجراحة العامة	30	14	23	74
ذكور	35	متزوج	ممرض	7	باب الوادي	الجراحة العامة	30	15	25	72
ذكور	45	متزوج	ممرض	6	باب الوادي	الجراحة العامة	30	13	24	66
ذكور	36	أعزب	ممرض	7	باب الوادي	الجراحة العامة	29	9	34	/

ذكور	38	أعزب	ممرض	6	باب الوادي	الجراحة العامة	28	11	38	/
ذكور	39	أعزب	ممرض	7	باب الوادي	الجراحة العامة	29	12	36	/
ذكور	40	أعزب	ممرض	8	باب الوادي	الجراحة العامة	28	10	35	/
ذكور	41	أعزب	ممرض	8	باب الوادي	الجراحة العامة	27	5	31	/
ذكور	41	أعزب	طبيب	8	باب الوادي	الانعاش	28	13	28	/
ذكور	41	أعزب	طبيب	10	باب الوادي	الانعاش	30	3	20	/
ذكور	42	أعزب	طبيب	9	باب الوادي	الانعاش	33	10	31	/
ذكور	44	متزوج	طبيب	9	باب الوادي	الانعاش	33	13	33	48
ذكور	45	متزوج	طبيب	9	باب الوادي	الانعاش	38	13	29	31
ذكور	44	متزوج	طبيب	6	باب الوادي	الانعاش	35	14	29	52
ذكور	36	أعزب	طبيب	6	باب الوادي	الانعاش	28	10	35	/
ذكور	38	أعزب	طبيب	7	باب الوادي	الانعاش	28	11	31	/
ذكور	39	أعزب	ممرض	8	باب الوادي	الانعاش	28	12	34	/
ذكور	38	أعزب	ممرض	8	باب الوادي	الانعاش	30	11	31	/
ذكور	40	متزوج	ممرض	14	باب الوادي	الانعاش	42	15	38	80
ذكور	40	متزوج	ممرض	16	باب الوادي	الانعاش	36	15	24	69
ذكور	40	متزوج	ممرض	11	باب الوادي	الانعاش	35	13	15	85
ذكور	45	متزوج	ممرض	14	باب الوادي	الانعاش	34	13	24	63
ذكور	35	متزوج	طبيب	5	مصطفى باشا	الاستعجالات	35	12	28	52
ذكور	34	متزوج	طبيب	4	مصطفى باشا	الاستعجالات	33	14	29	75
ذكور	33	أعزب	طبيب	5	مصطفى باشا	الاستعجالات	28	15	35	/
ذكور	35	أعزب	طبيب	4	مصطفى باشا	الاستعجالات	27	13	37	/
ذكور	35	أعزب	طبيب	4	مصطفى باشا	الاستعجالات	44	15	39	/
ذكور	41	أعزب	ممرض	4	مصطفى باشا	الاستعجالات	28	14	38	/
ذكور	41	أعزب	ممرض	3	مصطفى باشا	الاستعجالات	24	12	30	/
ذكور	26	أعزب	ممرض	3	مصطفى باشا	الاستعجالات	28	11	31	/
ذكور	28	أعزب	ممرض	2	مصطفى باشا	الاستعجالات	29	13	29	/
ذكور	25	أعزب	ممرض	5	مصطفى باشا	الاستعجالات	30	11	31	/
ذكور	30	متزوج	ممرض	11	مصطفى باشا	الاستعجالات	33	15	40	115
ذكور	40	متزوج	ممرض	11	مصطفى باشا	الاستعجالات	36	11	39	85
ذكور	40	متزوج	طبيب	15	مصطفى باشا	الجراحة العامة	34	14	26	98
ذكور	38	متزوج	طبيب	13	مصطفى باشا	الجراحة العامة	33	15	24	98
ذكور	39	متزوج	طبيب	12	مصطفى باشا	الجراحة العامة	33	13	25	95
ذكور	36	متزوج	طبيب	8	مصطفى باشا	الجراحة العامة	35	15	29	68
ذكور	39	متزوج	طبيب	9	مصطفى باشا	الجراحة العامة	36	14	24	85
ذكور	38	متزوج	ممرض	9	مصطفى باشا	الجراحة العامة	34	12	25	90
ذكور	38	متزوج	ممرض	10	مصطفى باشا	الجراحة العامة	45	16	26	78
ذكور	40	متزوج	ممرض	8	مصطفى باشا	الجراحة العامة	30	10	20	69
ذكور	40	متزوج	ممرض	9	مصطفى باشا	الجراحة العامة	29	14	23	22
ذكور	39	متزوج	ممرض	7	مصطفى باشا	الجراحة العامة	29	10	27	68
ذكور	38	متزوج	ممرض	6	مصطفى باشا	الجراحة العامة	28	18	19	60
ذكور	37	متزوج	طبيب	10	مصطفى باشا	الانعاش	30	15	39	63
ذكور	38	متزوج	طبيب	10	مصطفى باشا	الانعاش	30	17	38	62
ذكور	38	متزوج	طبيب	21	مصطفى باشا	الانعاش	28	15	31	71
ذكور	39	متزوج	طبيب	11	مصطفى باشا	الانعاش	30	16	32	72
ذكور	39	متزوج	ممرض	25	مصطفى باشا	الانعاش	28	14	31	75
ذكور	40	متزوج	ممرض	16	مصطفى باشا	الانعاش	40	9	31	78
ذكور	40	متزوج	ممرض	15	مصطفى باشا	الانعاش	33	11	30	75

ذكور	45	متزوج	ممرض	9	مصطفى باشا	الانعاش	31	6	30	68
ذكور	44	متزوج	ممرض	10	مصطفى باشا	الانعاش	33	6	30	69
ذكور	45	متزوج	ممرض	10	مصطفى باشا	الانعاش	32	10	30	71
ذكور	45	متزوج	ممرض	10	مصطفى باشا	الانعاش	39	9	30	72
اناث	45	متزوجة	ممرضة	2	بني مسوس	الاستعجالات	41	25	29	33
اناث	41	عزباء	ممرضة	2	بني مسوس	الاستعجالات	33	15	34	/
اناث	29	عزباء	ممرضة	2	بني مسوس	الاستعجالات	31	21	30	/
اناث	30	متزوجة	ممرضة	5	بني مسوس	الاستعجالات	44	20	32	39
اناث	40	متزوجة	ممرضة	5	بني مسوس	الاستعجالات	42	22	31	26
اناث	39	متزوجة	ممرضة	5	بني مسوس	الاستعجالات	41	23	35	36
اناث	38	متزوجة	ممرضة	4	بني مسوس	الاستعجالات	42	20	19	99
اناث	39	متزوجة	طبيبة	10	بني مسوس	الاستعجالات	44	21	19	25
اناث	38	متزوجة	طبيبة	10	بني مسوس	الاستعجالات	50	26	18	28
اناث	36	متزوجة	طبيبة	9	بني مسوس	الاستعجالات	50	25	19	33
اناث	38	متزوجة	طبيبة	15	بني مسوس	الاستعجالات	51	24	30	42
اناث	37	متزوجة	طبيبة	25	بني مسوس	الاستعجالات	48	23	39	36
اناث	37	متزوجة	طبيبة	19	بني مسوس	الاستعجالات	47	25	38	115
اناث	36	عزباء	طبيبة	23	بني مسوس	الجراحة العامة	29	14	39	/
اناث	37	عزباء	طبيبة	13	بني مسوس	الجراحة العامة	28	13	38	/
اناث	36	عزباء	طبيبة	10	بني مسوس	الجراحة العامة	30	15	35	/
اناث	25	عزباء	ممرضة	2	بني مسوس	الجراحة العامة	31	13	31	/
اناث	26	عزباء	ممرضة	3	بني مسوس	الجراحة العامة	31	12	32	/
اناث	36	عزباء	ممرضة	2	بني مسوس	الجراحة العامة	35	13	30	/
اناث	36	عزباء	ممرضة	10	بني مسوس	الجراحة العامة	32	15	31	/
اناث	41	عزباء	ممرضة	9	بني مسوس	الجراحة العامة	31	13	9	/
اناث	31	عزباء	ممرضة	10	بني مسوس	الجراحة العامة	30	13	31	/
اناث	35	عزباء	طبيبة	9	بني مسوس	الانعاش	30	11	30	/
اناث	35	متزوجة	ممرضة	10	بني مسوس	الانعاش	29	27	32	35
اناث	33	متزوجة	ممرضة	8	بني مسوس	الانعاش	28	29	31	75
اناث	32	متزوجة	ممرضة	8	بني مسوس	الانعاش	40	28	23	35
اناث	34	متزوجة	ممرضة	8	بني مسوس	الانعاش	45	19	20	19
اناث	33	متزوجة	ممرضة	7	بني مسوس	الانعاش	48	10	20	34
اناث	35	متزوجة	ممرضة	6	بني مسوس	الانعاش	48	21	20	26
اناث	45	متزوجة	ممرضة	7	بني مسوس	الانعاش	45	25	25	35
اناث	35	متزوجة	طبيبة	2	باب الوادي	الاستعجالات	49	26	24	28
اناث	35	متزوجة	طبيبة	5	باب الوادي	الاستعجالات	38	21	24	29
اناث	34	عزباء	طبيبة	4	باب الوادي	الاستعجالات	30	13	30	/
اناث	31	عزباء	طبيبة	3	باب الوادي	الاستعجالات	32	14	30	/
اناث	31	عزباء	طبيبة	5	باب الوادي	الاستعجالات	30	13	31	/
اناث	35	متزوجة	طبيبة	2	باب الوادي	الاستعجالات	38	29	35	22
اناث	34	متزوجة	طبيبة	4	باب الوادي	الاستعجالات	39	22	31	26
اناث	33	متزوجة	ممرضة	3	باب الوادي	الاستعجالات	38	25	30	63
اناث	35	متزوجة	ممرضة	5	باب الوادي	الاستعجالات	39	24	32	25
اناث	35	عزباء	ممرضة	2	باب الوادي	الاستعجالات	18	13	31	/
اناث	31	عزباء	ممرضة	3	باب الوادي	الاستعجالات	19	14	31	/
اناث	32	عزباء	ممرضة	4	باب الوادي	الاستعجالات	35	9	32	/
اناث	33	متزوجة	ممرضة	5	باب الوادي	الاستعجالات	38	19	32	29
اناث	33	متزوجة	ممرضة	2	باب الوادي	الاستعجالات	50	18	24	55

اناث	33	متزوجة	ممرضة	5	باب الوادي	الاستعجالات	44	24	25	33
اناث	30	عزباء	ممرضة	4	باب الوادي	الاستعجالات	24	13	31	/
اناث	25	عزباء	ممرضة	2	باب الوادي	الاستعجالات	25	14	35	/
اناث	29	عزباء	ممرضة	3	باب الوادي	الاستعجالات	40	16	31	/
اناث	36	عزباء	ممرضة	5	باب الوادي	الاستعجالات	33	15	32	/
اناث	36	عزباء	ممرضة	6	باب الوادي	الاستعجالات	32	14	31	/
اناث	37	متزوجة	ممرضة	7	باب الوادي	الاستعجالات	44	20	32	24
اناث	36	متزوجة	ممرضة	6	باب الوادي	الاستعجالات	42	24	30	60
اناث	38	متزوجة	ممرضة	7	باب الوادي	الاستعجالات	45	26	24	48
اناث	39	متزوجة	طبيبة	8	باب الوادي	الجراحة العامة	51	25	22	38
اناث	35	متزوجة	طبيبة	8	باب الوادي	الجراحة العامة	49	12	25	29
اناث	31	متزوجة	طبيبة	7	باب الوادي	الجراحة العامة	48	15	26	33
اناث	35	عزباء	طبيبة	6	باب الوادي	الجراحة العامة	33	14	29	/
اناث	32	عزباء	طبيبة	8	باب الوادي	الجراحة العامة	30	18	31	/
اناث	34	متزوجة	طبيبة	7	باب الوادي	الجراحة العامة	41	19	20	45
اناث	40	متزوجة	طبيبة	9	باب الوادي	الجراحة العامة	40	19	32	44
اناث	40	متزوجة	طبيبة	9	باب الوادي	الجراحة العامة	40	22	31	112
اناث	45	متزوجة	ممرضة	10	باب الوادي	الجراحة العامة	20	25	30	29
اناث	45	متزوجة	ممرضة	10	باب الوادي	الجراحة العامة	44	26	30	38
اناث	44	متزوجة	ممرضة	10	باب الوادي	الجراحة العامة	45	25	31	36
اناث	44	متزوجة	ممرضة	9	باب الوادي	الجراحة العامة	49	24	30	33
اناث	26	عزباء	ممرضة	9	باب الوادي	الجراحة العامة	39	14	27	/
اناث	43	متزوجة	ممرضة	9	باب الوادي	الجراحة العامة	39	20	29	52
اناث	44	متزوجة	طبيبة	10	باب الوادي	الانعاش	38	19	28	64
اناث	43	متزوجة	ممرضة	10	باب الوادي	الانعاش	38	17	29	37
اناث	39	عزباء	ممرضة	8	باب الوادي	الانعاش	27	14	25	/
اناث	45	متزوجة	ممرضة	8	باب الوادي	الانعاش	37	14	14	110
اناث	41	عزباء	ممرضة	12	باب الوادي	الانعاش	17	13	32	/
اناث	42	عزباء	ممرضة	15	باب الوادي	الانعاش	10	15	31	/
اناث	41	عزباء	ممرضة	10	باب الوادي	الانعاش	27	12	35	/
اناث	28	عزباء	طبيبة	4	مصطفى باشا	الاستعجالات	33	15	36	/
اناث	35	متزوجة	طبيبة	2	مصطفى باشا	الاستعجالات	39	19	36	66
اناث	33	متزوجة	طبيبة	5	مصطفى باشا	الاستعجالات	38	18	33	38
اناث	31	متزوجة	طبيبة	3	مصطفى باشا	الاستعجالات	40	19	28	60
اناث	35	متزوجة	طبيبة	6	مصطفى باشا	الاستعجالات	42	18	26	19
اناث	35	متزوجة	ممرضة	5	مصطفى باشا	الاستعجالات	41	20	23	55
اناث	35	متزوجة	ممرضة	4	مصطفى باشا	الاستعجالات	48	20	20	11
اناث	34	متزوجة	ممرضة	2	مصطفى باشا	الاستعجالات	49	20	24	32
اناث	34	متزوجة	ممرضة	2	مصطفى باشا	الاستعجالات	44	21	25	45
اناث	34	متزوجة	ممرضة	3	مصطفى باشا	الاستعجالات	44	13	11	42
اناث	34	متزوجة	ممرضة	5	مصطفى باشا	الاستعجالات	41	21	14	44
اناث	36	عزباء	ممرضة	4	مصطفى باشا	الاستعجالات	32	20	31	/
اناث	36	عزباء	ممرضة	5	مصطفى باشا	الاستعجالات	33	9	30	/
اناث	40	متزوجة	ممرضة	6	مصطفى باشا	الاستعجالات	39	8	29	42
اناث	39	متزوجة	ممرضة	7	مصطفى باشا	الاستعجالات	38	10	28	45
اناث	39	متزوجة	ممرضة	7	مصطفى باشا	الاستعجالات	36	15	30	22
اناث	38	متزوجة	طبيبة	9	مصطفى باشا	الجراحة العامة	11	10	31	90
اناث	39	متزوجة	طبيبة	10	مصطفى باشا	الجراحة العامة	37	13	33	58

55	33	18	38	الجراحة العامة	مصطفى باشا	6	طبيبة	متزوجة	37	اناث
/	31	16	19	الجراحة العامة	مصطفى باشا	9	طبيبة	عزباء	29	اناث
/	32	19	50	الجراحة العامة	مصطفى باشا	5	طبيبة	عزباء	30	اناث
/	35	12	28	الجراحة العامة	مصطفى باشا	4	ممرضة	عزباء	27	اناث
/	36	21	29	الجراحة العامة	مصطفى باشا	3	ممرضة	عزباء	25	اناث
42	38	20	50	الجراحة العامة	مصطفى باشا	4	ممرضة	متزوجة	30	اناث
99	37	26	35	الجراحة العامة	مصطفى باشا	5	ممرضة	متزوجة	39	اناث
45	34	20	50	الجراحة العامة	مصطفى باشا	5	ممرضة	متزوجة	39	اناث
15	35	22	39	الجراحة العامة	مصطفى باشا	4	ممرضة	متزوجة	35	اناث
25	34	20	36	الجراحة العامة	مصطفى باشا	5	ممرضة	متزوجة	34	اناث
66	31	19	40	الجراحة العامة	مصطفى باشا	7	ممرضة	متزوجة	38	اناث
35	30	17	45	الانعاش	مصطفى باشا	8	طبيبة	متزوجة	39	اناث
38	30	18	49	الانعاش	مصطفى باشا	7	طبيبة	متزوجة	35	اناث
44	30	16	48	الانعاش	مصطفى باشا	9	ممرضة	متزوجة	40	اناث
45	21	15	48	الانعاش	مصطفى باشا	6	ممرضة	متزوجة	40	اناث
43	9	14	49	الانعاش	مصطفى باشا	10	ممرضة	متزوجة	40	اناث
42	24	15	50	الانعاش	مصطفى باشا	10	ممرضة	متزوجة	45	اناث
78	25	19	51	الانعاش	مصطفى باشا	10	ممرضة	متزوجة	45	اناث
45	33	13	17	الانعاش	مصطفى باشا	8	ممرضة	عزباء	35	اناث
/	31	15	16	الانعاش	مصطفى باشا	8	ممرضة	عزباء	31	اناث
/	35	9	15	الانعاش	مصطفى باشا	7	ممرضة	عزباء	41	اناث
/	31	14	33	الانعاش	مصطفى باشا	8	ممرضة	عزباء	42	اناث


LE SERMENT D'HIPPOCRATE
En présence des maîtres de cette école, de mes chers
condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets
et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux
lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai
jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis à
l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui
s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront
confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs
ni à favoriser le crime, respectueux et reconnaissant
envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leurs pères.
Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle
à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

citation :
« Il ne s'agit pas d'ajouter des années à la vie mais de la vie aux années. »

Je ne te connais pas et pourtant je t'admire,

Car tu es toujours là, lorsque la vie chavire,

Ta présence discrète au coeur de l'hôpital

Fait souvent reculer la douleur et le mal.

Tu offres ton sommeil, tu distribues ton temps,

Tu soignes, tu guéris tout en réconfortant.

Tu mêles ton parfum aux nuages d'éther

En ajustant la sonde ou bien le cathéter.

Tu me pardonneras, infirmière anonyme,

Ce " tu " si familier au milieu de la rime

Mais je te connais bien car je t'ai vu souvent

Au coeur de l'hôpital plus sombre qu'un couvent.

Tu n'es pas une star ni même une vedette,

Pour louer ton travail, ni radio, ni gazette,

Mais laisse-moi te dire avec mes mots ici,

Ce que je ne puis taire, infirmière, Merci

Alexis Carrel